

**RICHIESTA FORMALE DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN ORARIO SCOLASTICO**
(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL
DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti
genitori di
nato a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in via

Essendo il minore affetto da
e **constatata l'assoluta necessità**, chiedono la somministrazione in ambito ed orario
scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico (MMG/PLS) rilasciata in
data dal Dr.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non
sanitario adeguatamente formato, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati
sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI NO

Data

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....

Numeri di telefono utili: (per ogni emergenza)

- Genitori
- Pediatra di libera scelta/Medico Curante

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON
SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A**

Cognome Nome.....
Data di nascita Residente a
in via Telefono
Classe della Scuola
sita a in via
Dirigente Scolastico

Prescrizione medica del pediatra o del medico del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco e sua formulazione
.....

Tipologia Terapia:(Il sussistere di tali condizioni devono tenere conto dei seguenti criteri: assoluta necessità, somministrazione indispensabile e indifferibile in orario compreso nel normale orario di frequenza scolastica dello studente/paziente, la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'orario, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione come da raccomandazioni elaborate dall'Asl di Bergamo)

- patologia cronica nota e controllata
- altro caso (specificare).....

Modalità di somministrazione Dose

Orario: Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico)
dal..... al.....

Terapia di mantenimento:
.....

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata):
.....

Modalità di conservazione del farmaco.....

Note
.....

Si allega prescrizione

Data

Timbro e firma del Medico

.....