

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

si prescrive all'alunno/a

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ residente a _____

in via _____ Telefono _____

Classe _____ della Scuola _____

sita a _____ in via _____

Dirigente Scolastico _____

**la somministrazione,
da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico,
del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____ Dose _____

Orario: 1^a dose _____ 2^a dose _____ 3^a dose _____ 4^a dose _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

note _____

Data _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(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 minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci
come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data _____ dal Dr _____

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

Acconsentono 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 patria potestà

Numeri di telefono utili:

● Pediatra di libera scelta / Medico curante _____

● Genitori _____
