

XI ISTITUTO COMPRENSIVO "VIVALDI"

35142 Padova - Via Chieti, 3 - ☎ 049/681211 - ☎ 0498809389

<: pdic887009@istruzione.it>:-

C. F. 92200350285

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti _____
Cognome e Nome

Cognome e Nome

in veste di: genitori o soggetti esercenti la potestà genitoriale - (cancellare la voce che non interessa)

dell'alunno: _____

Cognome e Nome

nato a: _____

in data: _____

frequentante la classe: _____

della scuola: _____

con sede in Via: _____

del Comune di: _____

essendo il minore affetto da: _____

Riportare la patologia diagnosticata dal medico

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data: _____

dal Dott. _____

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.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs. 196/03.

Luogo e Data, _____

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: _____

PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI EMERGENZA

Relativamente all'alunno: _____
Cognome e Nome

nato a: _____

in data: _____

residente in via: _____

del comune di: _____

frequentante la classe: _____

della scuola: _____

con sede in Via: _____

del Comune di: _____

affetto da: _____

Riporlare la patologia diagnosticata

- ▶ Vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà),
- ▶ Constatata l'ASSOLUTA NECESSITA' di somministrazione,
- ▶ Verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario,
NON COMPORTA effetti dannosi / **POTREBBE COMPORTARE** effetti dannosi (lasciare
l'ipotesi preferita e cancellare l'altra):

SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA

la somministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte di personale NON sanitario, in ambito ed in orario scolastico:

1° FARMACO _____

Nome commerciale del farmaco

Dose e modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione: _____

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: _____

Eventuali note:

2° FARMACO _____

Nome commerciale del farmaco

Dose e modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione: - - - - -

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: _____

Eventuali note

Data, _____

Timbro e Firma del medico