

# XI ISTITUTO COMPRENSIVO "VIVALDI"

35142 Padova - Via Chieti, 3 - ☎ 049/681211 - ☎ 0498809389  
:[pdic887009@istruzione.it](mailto: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: \_\_\_\_\_

de! 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 PRESCRIBE 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*