

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN ORARIO SCOLASTICO**

*DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO
E DA CONSEGNARE ALL'INSEGNANTE COORDINATRICE*

Spett.le
Scuola dell'Infanzia
Fondazione Vittorio Emanuele III
Via S. Rocco, 7 – Seniga (BS)

I sottoscritti
(nome e cognome genitori o di chi esercita la potestà genitoriale)

Genitori di
(nome e cognome del bambino/a)

Nato a il
(luogo di nascita bambino/a) (data di nascita bambino/a)

Residente a
(comune ed indirizzo di residenza bambino/a)

Frequentante nell'a.s. la Scuola dell'Infanzia "Fondazione Vittorio Emanuele III"
di Seniga (BS)

Essendo il minore affetto da
(indicare la patologia/diagnosi)

..... e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci - come da allegata proposta del medico
rilasciata in data dal Dottor

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.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 (i dati sensibili
sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....
.....

Eventuali contatti del Pediatra/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
(nome e cognome dell'alunno/a)

Nato a il
(luogo di nascita alunno/a) (data di nascita alunno/a)

Residente a
(comune ed indirizzo di residenza alunno/a)

Frequentante nell'a.s. la Scuola dell'Infanzia "Fondazione Vittorio
Emanuele III" di Seniga (BS)

DEL SEGUENTE FARMACO

.....
(nome del farmaco)

Modalità di somministrazione:
.....

Dose:

Orario: Durata terapia*: dal al
**(entro i limiti del singolo anno scolastico sopra precisato)*

Terapia di mantenimento:
.....

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

Modalità di conservazione del farmaco:

Eventuali note:
.....

Data

Timbro e firma del Medico

.....