

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti

(PADRE)  nato a  IL

Codice Fiscale:  e

(MADRE)  nata a  IL

Codice Fiscale:  e

genitori ( o esercenti la potestà genitoriale) dell'alunno/a nato/a

frequentante la classe/Sezione  della Scuola

Essendo il 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 del personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. LGS.196/03 e dal Regolamento UE N. 679/2016 (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 .....

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

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

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

Cognome  Nome

Data di nascita  Residente a

In Via  TEL

Classe/Sez.  Plesso/Sede   
dell'Istituto Comprensivo di Oderzo

Dirigente Scolastico DOTT.SSA MENEGHEL FRANCESCA

**DEL SEGUENTE FARMACO**

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione  ...

Orario 1<sup>a</sup> dose  .2<sup>a</sup>dose  3<sup>a</sup> dose  .4<sup>a</sup>dose  ..

Durata della terapia: dal  .al

Modalità di conservazione del farmaco

Note:

.....  
.....

Data,  ...

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRA**