

Al Dirigente Scolastico  
 dell'Istituto Comprensivo di  
 SAN GIOVANNI ILARIONE (VR)

### RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

I Sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
Cognome e Nome Cognome e Nome

In veste di :  genitori o  soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
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 diagnostica del medico

e constatata l'assoluta necessità,

### CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come 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

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 : \_\_\_\_\_ Genitori : \_\_\_\_\_

**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/a \_\_\_\_\_  
Cognome e Nome

nato a: \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

residente in via : \_\_\_\_\_ del comune di : \_\_\_\_\_

frequentate la classe : \_\_\_\_\_ della scuola : \_\_\_\_\_

con sede in via : \_\_\_\_\_ del Comune di : \_\_\_\_\_

affetto da : \_\_\_\_\_  
Riportare la patologia diagnostica

- 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,
- Considerato che la somministrazione del farmaco, anche in assenza del disturbo diagnostico, non comporta effetti dannosi,

**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)