

**AII. A CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN  
CONTESTO SCOLASTICO.**

AI Dirigente  
Scolastico dell'istituto Comprensivo  
5ant'Agostino  
Civitanova Marche

Constatata l'assoluta necessità **SI PRESCRIVE** la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a

Cognome e Nome .....

Data e luogo di nascita.....

Residente a.....in Via.....tel.....

1  Somministrazione quotidiana:

Nome del farmaco.....

Orario e dose da somministrare:

Mattina.....dose...../Pasto.....dose...../Pomeriggio.....dose.....

Modalità di somministrazione.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

SI  NO

Modalità di conservazione .....

Note per eventuali effetti collaterali .....

Durata della terapia.....

2  Somministrazione al bisogno:

Nome del farmaco .....

Dose da somministrare.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

Modalità di  
somministrazione.....

Modalità di conservazione.....

Note per eventuali effetti collaterali .....

Note di formazione specifica per personale scolastico .....

A II. B

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**  
(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

Al Dirigente Scolastico  
ISC Sant'Agostino Civitanova Marche

I sottoscritti .....  
genitori di.....nato a.....  
il..... residente a ..... in via.....  
frequentante la classe ..... della Scuola.....sita a.....  
in Via.....essendo il minore effetto 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 Dott. ....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili e raggiungibili:

Pediatra/medico curante: .....

Genitori: .....