

CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INCONTESTO SCOLASTICO.

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Sant'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 datadal 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: