

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

**DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E  
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti .....

.....

genitori di .....

nato a..... il .....

residente a ..... in via.....

frequentante la classe ..... della Scuola .....

sita a ..... in via.....

Essendo il minore affetto da .....  
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito  
ed orario scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico  
(MMG/PLS) rilasciata in data..... dal  
Dr.....

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.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs  
196/03 (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 potestà genitoriale

.....

.....

Numeri di telefono utili:

- Genitori \_\_\_\_\_
- Pediatra di libera scelta/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/A**

Cognome ..... Nome.....

Data di nascita .....Residente a .....

in via ..... Telefono .....

Classe ..... della Scuola .....

sita a ..... in via .....

Dirigente Scolastico .....

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco .....

Modalità di somministrazione ..... Dose .....

Orario: ... .. Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico .....-.....)

dal..... al.....

Terapia di mantenimento: .....

.....

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

.....

Modalità di conservazione del farmaco: .....

Note .....

.....

Data .....

Timbro e firma del Medico

.....