

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

1) Certificazione del medico curante

L'alunno, con diagnosi (facoltativa),
richiede la seguente terapia farmacologia, ritenuta d'assoluta necessità, senza alternative alla
somministrazione in orario scolastico e praticabile nella scuola:

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO	DOSE, FREQUENZA E MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	EVENTO CHE DETERMINA L'ESIGENZA DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO
DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA		
FARMACI CHE NECESSITANO DI MODALITA' SPECIALE DI CONSERVAZIONE		

DATA	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
------	---------------------------

2) Autorizzazione dei genitori: i genitori dell'alunno/a di seguito identificato/a

COGNOME
NOME
DATA DI NASCITA
INDIRIZZO
TELEFONO REPERIBILE
SCUOLA
CLASSE
DIRIGENTE SCOLASTICO

considerata l'assoluta necessità di terapia farmacologica da eseguirsi in ambito ed orario scolastico, i genitori autorizzano il dirigente scolastico a provvedere all'attuazione della prescrizione e sollevano il personale scolastico o volontario da ogni responsabilità sanitaria derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica prevista dalla prescrizione sopra riportata.

DATA	FIRMA DEL GENITORE
------	--------------------

FIRMA PER ATTUAZIONE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO