

## ALLEGATO 1: MODULO DI RICHIESTA

### RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO (da compilare a cura dei genitori dell'alunno e consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo/scuola

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
frequentante la Scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

che il proprio figlio/a \_\_\_\_\_  
è affetto/a da \_\_\_\_\_  
e **constatata l'assoluta necessità**

#### CHIEDE

venga somministrato allo stesso/a il farmaco in caso di urgenza come da allegata prescrizione medica (PLS/MMG) rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_ e

#### AUTORIZZA

il personale docente e non docente ad effettuare la somministrazione del farmaco esonerando la scuola da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allega, a tal fine:

- **il certificato medico** attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarato nella presente, corredato da **prescrizione del farmaco indispensabile con** indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.

#### ACCONSENTO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore o dell'esercente potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

Recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

**1° NUMERO** \_\_\_\_\_

**2° NUMERO** \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 2: CERTIFICAZIONE MEDICA**

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS) O MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO.**

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

affetto/a da \_\_\_\_\_

**NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DEL PERSONALE NON  
SANITARIO, DEL SEGUENTE FARMACO**

In caso di urgenza dovuta a \_\_\_\_\_  
che si manifesta con la seguente sintomatologia \_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**TIMBRO E FIRMA  
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O  
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**