

RISERVATA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.C. DI ISTRANA

OGGETTO: Richiesta e autorizzazione alla somministrazione di farmaci a scuola

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_, sulla base del certificato medico allegato, redatto il \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_, che attesta la necessità di intervento farmacologico per il figlio/a in quanto affetto/a da \_\_\_\_\_ (indicare nel caso ciò sia necessario per gli interventi d'emergenza)

**CHIEDE**

(barrare la casella che interessa)

- Che al proprio figlio/a sia somministrato il farmaco di seguito descritto secondo le modalità e nelle dosi prescritte dal medico curante. (come da certificato allegato)
- Che al proprio figlio/a sia consentita l'autosomministrazione del farmaco di seguito descritto secondo le modalità e nelle dosi prescritte dal medico curante.

**AUTORIZZA**

- per il corrente anno scolastico;
  - per tutta la durata del corso di studi;
  - per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;
- (Barrare solo la casella che interessa)

il personale scolastico designato:

- a somministrare direttamente il farmaco al figlio/a e/o ad eseguire le procedure indicate dal medico;
- a consentire l'autosomministrazione del farmaco da parte del figlio/a, assicurando che lo stesso/a è in grado di farlo abitualmente e che è stato/a adeguatamente istruito in proposito

Nome del farmaco .....

Dose da somministrare .....

Modalità di somministrazione .....

Modalità di conservazione .....

Possibili effetti collaterali .....

Altre avvertenze: .....

**DICHIARA**

Che si assume l'onere della fornitura del farmaco alla Scuola e che comunicherà tempestivamente al Dirigente Scolastico ogni variazione della diagnosi o delle indicazioni terapeutiche.

In mancanza di comunicazioni di variazione autorizza la scuola a procedere secondo quanto richiesto.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

Parte da compilare (in modo leggibile) a cura del medico curante

Si prescrive per il minore \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_

il seguente farmaco da somministrare / assumere giornalmente / in caso di \_\_\_\_\_

Sintomi: \_\_\_\_\_

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

Dose e modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Orari \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione \_\_\_\_\_

Possibili effetti collaterali \_\_\_\_\_

Procedure particolari da eseguire \_\_\_\_\_

Altre indicazioni \_\_\_\_\_

Firma e Timbro del Medico Curante

\_\_\_\_\_