

## MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Al Presidente della  
Scuola Infanzia Risorgimento

Il/La sottoscritto/a genitore \_\_\_\_\_  
dell'alunno/alunna \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
telefono fisso \_\_\_\_\_ telefono cellulare \_\_\_\_\_  
altri recapiti \_\_\_\_\_

### DICHIARA

che il/la figlio/a deve assumere il/i farmaco/i, come da certificazione medica allegata (\*),

- nell'arco temporale dello svolgimento delle lezioni scolastiche  
 nel seguente orario: \_\_\_\_\_

A tal fine il sottoscritto genitore

### CHIEDE

- il supporto del personale della scuola  SI  NO  
 nella somministrazione del farmaco  
 nella vigilanza durante la somministrazione del farmaco

**Se SI**, il/la scrivente è consapevole che sarà necessario un incontro informativo di formazione con il personale scolastico addetto e gli operatori sanitari.

Allega prescrizione/certificazione redatta dal dottor \_\_\_\_\_

Consegna farmaco specifico (indicare nome del farmaco) \_\_\_\_\_  
con scadenza \_\_\_\_\_ di cui si prende nota per provvedere in tempo alla sostituzione.

Data \_\_\_\_\_ FIRMA del genitore \_\_\_\_\_

(\*) La prescrizione/certificazione del Medico deve specificare:

1. il nome dell'alunno,
2. la patologia dell'alunno,
3. l'evento che richiede la somministrazione di farmaci
4. le modalità di somministrazione del farmaco
5. la dose da somministrare
6. la modalità di conservazione del farmaco
7. gli eventuali effetti collaterali