

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