

MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico
L.S.S. "B. Touschek"
Grottaferrata

Il/La sottoscritto/a genitore _____

dello/a studente/essa _____ classe _____

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 _____

Consegna farmaco specifico _____ con scadenza

_____ di cui si prende nota per provvedere in tempo alla sostituzione.

Data _____ FIRMA _____

.....
(*) 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
8. **la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco relativamente ai punti 4,5,6.**