

**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 \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)  
ALLA 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 AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DEL  
PERSONALE NON SANITARIO DEL SEGUENTE FARMACO**

Nome commerciale: _____
Modalità di somministrazione _____ Dosaggio _____
Modalità di conservazione del farmaco _____

In caso di urgenza dovuta a \_\_\_\_\_

che si manifesta con la seguente sintomatologia \_\_\_\_\_

Quotidianamente ai seguenti orari: \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

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

Data

\_\_\_\_\_

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