



LAC

liceo artistico statale renato cottini - torino



MODULO RICHIESTA SEMPLIFICATA DI SOMMISTRAZIONE FARMACI		Mod. S1 Rev. 0 del 23.12.13 Pag 1 di 2
<p>Al Dirigente Scolastico,</p> <p>Il/La sottoscritto/a in qualità di</p> <p><input type="checkbox"/> GENITORE <input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> _____</p> <p>dell'alunno/a frequentante la classe..... della Scuola..... nell'anno scolastico.....</p> <p>telefono fisso..... telefono cellulare di telefono cellulare di</p> <p>come previsto dal "Regolamento per la somministrazione dei farmaci" presente all'albo di istituto (albo web)</p> <p>richiede la somministrazione del farmaco, in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/ certificazione allegata.</p> <p>Si impegna a fornire il materiale necessario ed il farmaco ed alla verifica della scadenza e sostituzione degli stessi.</p> <ul style="list-style-type: none">• Allega Prescrizione/Certificazione Medica <p>Data _____</p> <p>firma dei genitori _____</p> <p>_____</p>		

Il presente modulo deve essere presentato presso l'URP (segreteria) e protocollato agli atti della scuola



LAC

liceo artistico statale renato cottini - torino



MODULO RICHIESTA SEMPLIFICATA DI SOMMISTRAZIONE FARMACI

Mod. S1
Rev. 0 del 23.12.13
Pag 2 di 2

CERTIFICAZIONE/PRESCRIZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO (il certificato deve essere compilato dal medico pediatra)

Si certifica per il minore

Cognome

Nome

Nato il..... a.....

Residente a

In via

Iscritto c/o la scuola

Classe

l'assoluta necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico il seguente farmaco, e pertanto si prescrive:

Nome commerciale del farmaco

Dose e modalità di somministrazione

Via di somministrazione

Orario 1[^] dose..... 2[^]dose 3[^] dose 4[^] dose

Durata terapia

dal a

oppure

Evento per il quale è prevista la somministrazione

Modalità di conservazione del farmaco

Eventuali note

.....

Effetti collaterali

Luogo e data

Timbro e firma del medico