



### MODULO RICHIESTA SEMPLIFICATA DI SOMMISTRAZIONE FARMACI

Al Dirigente Scolastico,

Il/La sottoscritto/a in qualità di

GENITORE  TUTORE

dell'alunno/a ..... frequentante la classe.....

della Scuola..... nell'anno scolastico.....

telefono fisso.....

telefono cellulare ..... di .....

telefono cellulare ..... di .....

come previsto dal "Regolamento per la somministrazione dei farmaci" presente all'albo di istituto (albo web)

richiede la somministrazione del farmaco, in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/ certificazione allegata.

Si impegna a fornire il materiale necessario ed il farmaco ed alla verifica della scadenza e sostituzione degli stessi.

- **Allega Prescrizione/Certificazione Medica**

Data

firma dei genitori

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



## MODULO RICHIESTA SEMPLIFICATA DI SOMMISTRAZIONE FARMACI

### 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