

Allegato 1

RICHESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il sottoscritto nato a il
residente a via
La sottoscritta nata a il
residente a via

Genitore di / esercente la potestà genitoriale su

Cognome.....Nome..... nato/a a.....il.....

residente ain via.....

frequentante la classe.....sez.....

Essendo il figlio affetto da
chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci
come da allegata prescrizione medica rilasciata in data.....
dal Dr.....

I sottoscritti sono consapevoli che la somministrazione del farmaco sarà
effettuata da parte di personale non sanitario, seppure specificamente
individuato e formato, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Data

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....

Numeri di telefono utili:

• Pediatra di libera scelta/Medico Curante

• Genitori

Allegato n. 2

Intestazione Medico

Per....I.... piccol...

Cognome..... Nome

Data di nascitaResidente a

in viaTelefono

Si prescrive la somministrazione assoluta e necessaria, nel rispetto degli orari indicati, del seguente farmaco:

Nome del farmaco

Forma farmaceutica

Modalità di somministrazione Dose

Orario:

.....

Durata terapia: dal..... al.....

Modalità di conservazione del farmaco

note

.....

Timbro e firma del PLS o MMG

Data