

# MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'ISTITUTO COMPRENSIVO  
di POZZUOLO DEL FRIULI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_

## RICHIEDE

la somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione allegata.

A tal fine

## AUTORIZZA

il personale educativo della struttura ospitante il minore alla somministrazione del/i farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto

il minore stesso alla auto-somministrazione del/i farmaco/i come indicato.

Allega prescrizione/certificazione redatta dal \_\_\_\_\_

Consegna farmaco/i specifico/i: \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici per eventuali necessità/emergenze:

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.B.: la prescrizione/certificazione del MMG, del PLS, del Medico Specialista deve specificare:

1. il nome dell'alunno
2. la patologia dell'alunno
3. l'evento che richiede la somministrazione del/i farmaco/i
4. le modalità di somministrazione del/i farmaco/i
5. la dose da somministrare
6. le modalità di conservazione del/i farmaco/i
7. gli eventuali effetti collaterali
8. la non discrezionalità da parte di chi somministra il/i farmaco/i relativamente ai punti 4-5-6