

Modulo 1

Al Dirigente Scolastico del Primo
Circolo Didattico di Ischia

Richiesta somministrazione farmaci

I sottoscritti(madre)

.....(padre)

in qualità di

☐ Genitori

☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome Nome

nato il..... e frequentante nell'anno scolastico 2021/2022

il Primo Circolo Didattico di Ischia, classe sez.

Plesso.....

CHIEDE

Che sia somministrato all'alunno/a sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alle indicazioni del Medico (con allegata certificazione di prescrizione).

A tal fine

AUTORIZZA

☐ Il personale scolastico alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, fornendo il farmaco e sollevando gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

RICHIEDE

☐ di somministrare personalmente o tramite delegato il farmaco a scuola.

Si precisa che per accedere ai locali scolastici è necessario esibire il Green Pass.

Si allega **Modello 2 - Indicazioni del medico - Modalità di somministrazione (con certificazione di prescrizione medica allegata)**.

Numeri di telefono utili

Medico Curante

Genitori

Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del DLgs 196/2003 e del GDPR Regolamento UE 2016/679 .

In fede.

Data,

Firma

Indicazioni del medico - Modalità di somministrazione (con certificazione di prescrizione allegata)

L'alunno/a (Cognome)(Nome)

Nato/a il residente a

Necessita

☐ La somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....

.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....

.....

durata della terapia

.....

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

.....

.....

Data,

Timbro e firma del medico

