

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO

COMPENSIVO "ANTONIO DE CURTIS"

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI DURANTE IL CAMPO SCUOLA

I sottoscritti.....

in qualità di genitori soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno /a..... nato /a

a.....il..... residente a

.....in via.....

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

della Scuola Infanzia/Primaria GALILEI POZZI

della Scuola Secondaria di I grado

chiedono

sia effettuata nel periodo del campo scuola, dal.....al.....

- la somministrazione al/la minore sopra indicato
- l'autosomministrazione con la vigilanza del personale scolastico

della terapia farmacologica come da allegata certificazione medica rilasciata

in data.....

dal dott.....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (esclusivamente per assolvere alla presente richiesta)

SI NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili: Medico curante.....

Genitori.....



CERTIFICAZIONE MEDICA del Pediatra o Medico di base o Specialista

Il/La minore.....

cognome

nome

nato/a a.....il.....

presenta la seguente patologia.....

.....

PRESCRIZIONE SPECIFICA DEL FARMACO

Nome commerciale del/i farmaco/i.....

.....

Modalità di conservazione.....

.....

Modalità di somministrazione (orari, dosi, via di somministrazione)

.....

.....

.....

Possibilità di auto-somministrazione del/i farmaco/i da parte dell'alunno/a con vigilanza del personale scolastico

Necessità di somministrazione del/i farmaco/i da parte di personale scolastico

(senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica)

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del/i farmaco/i, e/o eventuali effetti indesiderati dello/gli stesso/i e misure da adottare.....

.....

.....

.....

.....

Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco in caso di emergenza.....

.....

Data.....

Timbro e firma del medico

Recapito telefonico del medico.....

.....