

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI
MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO
SCOLASTICO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI COSIDETTI FARMACI
SALVAVITA**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO SOTTOINDICATO, DA PARTE DI PERSONALE NON
SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Residente a _____

in via _____ Telefono _____

Classe _____ della Scuola _____

Plesso _____

Vademecum Sanitario (ai sensi della nota del Min. P.I. prot. 2312/2005)

Sintomatologia: _____

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____ Dose _____

Intervallo di tempo tra le dosi _____

Somministrare il farmaco in caso di: _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Eventuali effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli: _____

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

Prot. _____

del _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "DON MILANI"
DI MONTE PORZIO CATONE

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti _____
genitori dell'alunno _____
nato a _____ il _____
frequentante la classe _____ della scuola _____
essendo nostro figlio affetto da _____,
non essendo in grado di intervenire personalmente e constatata l'assoluta necessità, chiedono la
somministrazione in ambito e orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica
rilasciata in data _____ dal Dott. _____ e
autorizzano il personale della scuola (docente /ATA) a effettuare la somministrazione sollevando da
qualsiasi responsabilità l'istituzione scolastica e coloro che vi operano e la rappresentano.

Monte Porzio Catone _____

firma di entrambi i genitori o chi esercita la patria potestà

Recapiti telefonici:

Medico curante o pediatra _____

Genitori _____

☐

Acquisire disponibilità addetti primo soccorso

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.^{ssa} Fabiola Tota