Prot. n

Al Dirigente Scolastico

IIS Savoia Benincasa

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

genitori di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’IIS Savoia Benincasa

CHIEDONO

Che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante nell’allegata prescrizione redatta in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*non anteriore a 3 mesi dalla presente richiesta*)

* Sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola, previa acquisizione di disponibilità

Oppure

* Sia/no somministrato/i da un genitore

Eventuali reazioni che insorgessero a seguito della somministrazione da parte del personale scolastico, osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica, non potranno essere attribuite a chi si è fatto carico della stessa e sollevano pertanto detto personale da ogni responsabilità penale e civile derivante da reazioni successive alla somministrazione.

Acconsentono con la presente al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi della L. 196/03 esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta.

Ancona\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA MADRE

 FIRMA PADRE

**NUMERI UTILI (cellulare)**

Medico curante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

VISTA la richiesta dei genitori e constatata l’assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

*LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTO INDICATI DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL’ALUNNO/A*

Cognome

Nome

Data di nascita

Residente a

Via

Classe

Corso

Scuola

**FARMACO**

Nome commerciale

Modalità di somministrazione

Circostanze di somministrazione (in caso di terapie salvavita)

Dose

Orario

Modalità di conservazione del farmaco

NOTE:

Data Timbro e Firma del Medico