

All. 3

**RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI  
IN ORARIO SCOLASTICO**

I sottoscritti .....  
abitanti in ..... Via/corso ..... n° .....  
genitore dell'alunno/a ..... frequentante la classe  
..... della scuola ..... (dell'Infanzia; Primaria; Secondaria 1° grado)  
di ..... (Cambiano/Pecetto) nell'anno scolastico .....  
Telefono fisso ..... Cellulare .....

Vista la specifica patologia dell'alunno .....

**CHIEDE**

L'AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO da parte

Di ..... in qualità di .....

(genitore, personale scolastico\*, delegato\*, personale ASL)

Si specificano le necessità d'intervento

Giorni della settimana	Ore del mattino	Ore del pomeriggio
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Data .....

FIRMA

.....

.....

N.B.: \* nel caso di coinvolgimento di personale scolastico è necessaria la dichiarazione di accettazione

\*nel caso di delegato è necessario allegare fotocopia del documento d'identità

Il personale ASL dovrà esibire un documento di riconoscimento professionale

## **CERTIFICAZIONE /PRESCRIZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

### **Si certifica per il minore**

COGNOME ..... NOME ..... nato il .....

A ..... residente a ..... in via .....

Iscritto presso l'Istituto Comprensivo di Cambiano

### **L'assoluta necessità di somministrare in ambito scolastico il seguente farmaco e pertanto si prescrive:**

Nome commerciale del farmaco .....

Dosi e modalità di somministrazione .....

Via di somministrazione .....

Orario 1° dose ..... 2° dose ..... 3° dose ..... 4° dose .....

Durata della terapia dal ..... al .....

### **Oppure**

Evento per il quale è prevista la somministrazione .....

Modalità di conservazione .....

Eventuali note .....

Effetti collaterali .....

LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO NON RICHIEDE COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO, NE' L'ESERCIZIO DI DISCREZIONALITA' TECNICA DA PARTE DELL'ADULTO

Luogo e data .....

**Timbro e firma del medico**