



**Istituto  
Fortunata Gresner**

Modulo Somministrazione Farmaci  
Rev. 2 del 07/04/2021

Pagina 1 di 4

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO** \_\_\_\_\_

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

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente:

\_\_\_\_\_

affetto dalla seguente patologia:

\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_

di codesto Istituto \_\_\_\_\_

Sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA, RILASCIATA in data \_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_**

**COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI È ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.**

***Istituto Fortunata Gresner***

Stradone Antonio Provolo, 18/43 37123 Verona (VR)

P.IVA/C.F.\_00348120239

tel. 045 8000015

fax 045 8035601

[istituto@gresner.it](mailto:istituto@gresner.it)

[istituto@pec.gresner.it](mailto:istituto@pec.gresner.it)

[gresner.it](http://gresner.it)





**Istituto  
Fortunata Gresner**

Modulo Somministrazione Farmaci  
Rev. 2 del 07/04/2021

Pagina 2 di 4

**I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.**

**SI**

**NO**

Il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali**

\_\_\_\_\_  
PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

\_\_\_\_\_  
MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

**Recapiti telefonici utili**

Madre O RESPONSABILE GENITORIALE Cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Padre O RESPONSABILE GENITORIALE Cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell. \_\_\_\_\_ ambulatorio \_\_\_\_\_

***Istituto Fortunata Gresner***

Stradone Antonio Provolo, 18/43 37123 Verona (VR)

P.IVA/C.F.\_00348120239

tel. 045 8000015

fax 045 8035601

[istituto@gresner.it](mailto:istituto@gresner.it)

[istituto@pec.gresner.it](mailto:istituto@pec.gresner.it)

[gresner.it](http://gresner.it)



**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

- Da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;
- Da inviare in copia all'Azienda ULLS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.

ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI, ACCERTATA LA NECESSITA' DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO E QUINDI IN AMBITO SCOLASTICO, ACCERTATO CHE LA SOMMISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO

**SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
In via \_\_\_\_\_  
Frequentate la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_  
Sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Affetto da \_\_\_\_\_

Nel caso in cui si verifichi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I**

NOME COMMERCIALE del farmaco \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DOSE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ORARIO 1<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_ 3<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_

DURATA DELLA TERAPIA dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOME COMMERCIALE del farmaco

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DOSE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ORARIO 1<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_ 3<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_

DURATA DELLA TERAPIA dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Note

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma Pediatra di libera scelta/MMG/Specialista

\_\_\_\_\_