



**Istituto
Fortunata Gresner**

Modulo Somministrazione Farmaci
Rev. 3 del 25/01/2024

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

istituto@pec.gresner.it

gresner.it





**Istituto
Fortunata Gresner**

Modulo Somministrazione Farmaci
Rev. 3 del 25/01/2024

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

istituto@pec.gresner.it

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[^] dose _____ 2[^] dose _____ 3[^] dose _____

DURATA DELLA TERAPIA dal _____ al _____

MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO _____

Note _____

NOME COMMERCIALE del farmaco

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

DOSE

ORARIO 1[^] dose _____ 2[^] dose _____ 3[^] dose _____

DURATA DELLA TERAPIA dal _____ al _____

MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO

Note

Data _____

Firma Pediatra di libera scelta/MMG/Specialista
