

AL DIRIGENTE SCOLASTICO ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE PERUGIA 1 "F. MORLACCHI" -PERUGIA

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO I SOTTOSCRITTI GENITORI:

 PADRE _____

 MADRE _____

DELL'ALUNNO _____

NATO A _____ IL ____/____/____/RESIDENTE A _____

IN VIA _____

FREQUENTANTE LA CLASSE _____ SCUOLA DELL'INFANZIA _____

PRIMARIA _____ SITA A _____ A.S. _____

TELEFONO FISSO _____ CELLULARE PADRE _____ CELLULARE MADRE _____

PRESO ATTO DEL PROTOCOLLO TRA UFFICIO SCOLASTICO DI PERUGIA / AZIENDE ASL IN MATERIA DI
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA;

- VISTA LA SPECIFICA PATOLOGIA DELL'ALUNNO AFFETTO DA _____

RICHIEDONO

- LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO A FRONTE DELLE SITUAZIONI SPECIFICATE NELLAPRESCRIZIONE/CERTIFICAZIONE ALLEGATA *.
- DI INDIVIDUARE, TRA IL PERSONALE SCOLASTICO, GLI INCARICATI AD EFFETTUARE LA PRESTAZIONE, DI CUI AUTORIZZANO FORMALMENTE FIN D'ORA L'INTERVENTO, ESONERANDOLI DA OGNI RESPONSABILITÀ, CONSAPEVOLI CHE LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO NON RIENTRA TRA LE PRESTAZIONI PREVISTE PER DETTO PERSONALE.

SI AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DATI AL PERSONALE INDIVIDUATO DALL'ISTITUTO

SI ALLEGA:

- PRESCRIZIONE / CERTIFICAZIONE ALLEGATA REDATTA DAL _____
- FARMACO SPECIFICO CONSEGNATO _____
- FARMACO CON SCADENZA _____ (DI CUI DICHIARO DI TENERE NOTA IO/NOI STESSO/I PER PROVVEDERE IN TEMPO ALLA SOSTITUZIONE)
- MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO _____
- LUOGO DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO _____

DATA _____

FIRMA PADRE _____

FIRMA MADRE _____

* LA PRESCRIZIONE/CERTIFICAZIONE DEL MMG, DEL PLS, DEL MEDICO SPECIALISTA DEVE SPECIFICARE:

1. IL NOME DELL'ALUNNO
2. LA PATOLOGIA DELL'ALUNNO
3. L'EVENTO CHE RICHIEDE LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
4. LE MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO
5. LA DOSE DA SOMMINISTRARE
6. LE MODALITÀ DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO
7. GLI EVENTUALI EFFETTI COLLATERALI
8. LA NON DISCREZIONALITÀ DA PARTE DI CHI SOMMINISTRA IL FARMACO