

**RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORE (0 - 14 anni)
IN AMBITO SCOLASTICO (Allegato numero 1)**

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. di Busana**

Il/La sottoscritto/a _____ padre/madre dell'alunno/a:

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ RESIDENZA _____ TEL. _____

SCUOLA FREQUENTATA _____ CLASSE/SEZ. _____

constatata l'assoluta necessità

di procedere alla somministrazione in ambito e orario scolastico del/dei seguente/i farmaco/i:

nome commerciale del farmaco _____

modalità di somministrazione _____

orario 1° dose _____ 2° dose _____ 3° dose _____ 4° dose _____

durata terapia _____

chiede

- l'autorizzazione a somministrare al minore in oggetto il prodotto sopradescritto secondo le modalità stabilite dalla relazione allegata del medico curante e portando con sè il farmaco, sollevando l'Amministrazione scolastica da qualunque responsabilità.
- che il/i farmaco/i sopra descritto/i venga/no somministrato/i al minore in oggetto, sollevando l'Amministrazione scolastica da qualunque responsabilità, da personale della scuola individuato dal Dirigente Scolastico, secondo le modalità indicate nella seguente documentazione allegata:
- Autorizzazione alla somministrazione redatta dal medico/pediatra curante (allegato 2);
- Relazione del medico/pediatra curante.

Data _____

Firma del genitore esercente la patria potestà

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 si autorizza l'informazione a tutto il personale potenzialmente interessato.

Firma del genitore esercente la patria potestà

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORE
(0 - 14 anni) IN AMBITO SCOLASTICO (Allegato numero 2)**

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. di Busana**

In relazione alla **richiesta dell'esercente la patria potestà** dell'alunno/a:

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ RESIDENZA _____ TEL. _____

SCUOLA FREQUENTATA _____ CLASSE/SEZ. _____

constatata l'assoluta necessità

si autorizza la somministrazione in ambito e orario scolastico del/dei seguente/i farmaco/i:

nome commerciale del farmaco _____

dose _____

orario 1° dose _____ 2° dose _____ 3° dose _____ 4° dose _____

durata terapia _____

modalità di somministrazione: per OS , ano-rettale , altro _____

modalità di conservazione _____

Evento in cui il farmaco debba essere somministrato (eventuale relazione allegata)

Eventuali note di primo soccorso (eventuale relazione allegata)

Data _____

Timbro e firma del pediatra

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 si autorizza l'informazione a tutto il personale potenzialmente interessato.

N.B.: compilare in stampatello, in modo chiaro e leggibile