

AL Dirigente Scolastico
della Scuola Secondaria di I Grado
"Giovanni Verga"
Via Bosco di Capodimonte, 75/B
80131 - NAPOLI

MODULO A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ via _____
in qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale
di Cognome _____ Nome _____ nato/a
a _____ il _____ e frequentante nell'anno scolastico _____
la classe _____ sez. _____

Essendo il/la figlio/a affetto/a da _____
chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata
prescrizione medica, rilasciata in data _____ dal Dr. _____.

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco sarà effettuata dall'alunno/a stesso/a.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (MODULO B), recanti la
necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per
interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è
indispensabile la somministrazione.

Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

Data _____

Firma

MODULO B

**PRESCRIZIONE SPECIFICA DEI FARMACI DA ASSUMERE
IN ORARIO SCOLASTICO**

Per il/la piccolo/a

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente a _____ via _____

**Si prescrive la somministrazione assoluta e necessaria nel rispetto degli orari indicati, del
seguito farmaco:**

Nome del farmaco _____

Forma farmaceutica _____

Modalità di somministrazione _____

Dose _____ Orario _____

Durata terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

Istruzioni indirizzate al personale scolastico, sui comportamenti da assumere nel caso in cui il
farmaco non risultasse efficace: _____

_____.

Data, _____

Firma e Timbro del Medico Curante
