



M.I.U.R.
U.S.R. per la Campania
Direzione Generale

DIREZIONE DIDATTICA STATALE IV CIRCOLO
"DON GIUSEPPE DIANA"
80014 Via Ripuaria, 12 - Varcaturò - Giugliano in Campania (NA)
Cod.mecc.: NAEE333001 - Cod.Fiscale: 94099120639
Tel./fax 081-8392794/5
e-mail naee333001@istruzione.it
PEC: naee333001@pec.istruzione.it
sito web <http://www.quartocircologlugliano.edu.it>



All. A1

Al Dirigente Scolastico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno _____ nato a _____

il _____ residente a _____

in via _____

frequentante la classe _____ di codesta Scuola

Essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal dott. _____

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercitano la patria potestà

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori Numeri di

telefono utili:

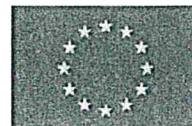
Genitori _____

Pediatra di libera scelta/medico curante _____



M.I.U.R.
U.S.R. per la Campania
Direzione Generale

DIREZIONE DIDATTICA STATALE IV CIRCOLO
"DON GIUSEPPE DIANA"
80014 Via Ripuaria, 12 - Varcaturò - Giugliano in Campania (NA)
Cod.mecc.: NAEE333001 - Cod.Fiscale: 94099120639
Tel./fax 081-8392794/5
e-mail naee333001@istruzione.it
PEC: naee333001@pec.istruzione.it
sito web <http://www.quartocircologlugliano.edu.it>



All. B

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

Si certifica che l'alunno Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ e Residente a _____
in Via _____ Frequentante la scuola _____

Affetto da _____

- Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO
INDISPENSABILE
- Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO
SALVAVITA

In caso di urgenza dovuta al seguente evento

che si manifesta con la seguente sintomatologia

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Orario _____

Durata terapia _____

Effetti collaterali _____

Note

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario.

Non prevede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o conservazione del farmaco.

Possibilità di trasportare e somministrare il farmaco al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, viaggi e visite di istruzione

NO

SI con le seguenti modalità _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE