

Oggetto: **RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA**

Il/I sottoscritto/i \_\_\_\_\_

Genitore/i - Tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe/sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ nell'a.s. \_\_\_\_\_

cellulare madre \_\_\_\_\_ cellulare padre \_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_ ulteriore recapito telefonico \_\_\_\_\_

preso atto della Linee guida emanate dal Ministero della Università e ricerca e del Ministero della salute il 25/11/2005 in materia di somministrazione di farmaci a scuola;

Vista la specifica patologia dell'alunno/a: \_\_\_\_\_

**CHIEDO/RICHIEDONO**

la somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione allegata. A tal fine

• allega/allegano prescrizione/certificazione redatta dal <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

consegna/consegnano il farmaco specifico \_\_\_\_\_

dichiara/dichiarano che il farmaco ha scadenza il \_\_\_\_\_ (di cui si dichiara di

tenere nota personalmente per provvedere in tempo alla sostituzione).

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

---

**Nota 1:** La prescrizione/certificazione del MMG, del PLS, del Medico specialista deve specificare come da Linee guida emanate il 25/11/2005:

1. il nome dell'alunno,
2. la patologia dell'alunno,
3. l'evento che richiede la somministrazione di farmaci,
4. le modalità di somministrazione del farmaco
5. la dose da somministrare,
6. la modalità di conservazione del farmaco,
7. gli eventuali effetti collaterali,
8. la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco relativamente ai punti 4,5,6.