

Allegato: Richiesta/Autorizzazione  
Somministrazione farmaci

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I. C. "Diego Valeri"  
Campolongo Maggiore

	padre	madre	tutore	Cognome e nome	telefono
Il/a sottoscritto/a					
Il/a sottoscritto/a					
Il/a sottoscritto/a					

dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_

nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

Preso atto del protocollo tra CSA di Venezia/Aziende ULSS della Provincia di Venezia in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data 28/09/2006. Vista la specifica patologia dell'alunno/a su indicato

### **RICHIEDONO**

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

1. Prescrizione/certificazione redatta dal \_\_\_\_\_
2. Consegna il farmaco specifico \_\_\_\_\_
3. Farmaco con scadenza \_\_\_\_\_

### **AUTORIZZANO**

sotto la propria responsabilità, il personale Docente, Assistente SISS e Collaboratore Scolastico a somministrare i farmaci previsti, **impegnandosi a comunicare qualsiasi variazione della terapia farmacologica e/o alimentare e a consegnare alla Scuola la nuova prescrizione**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE/CERTIFICAZIONE PER LA  
SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA**

**L'alunno**

**Cognome**..... **Nome**.....

**nato a** ..... **Il** .....

**affetto da patologia** .....

**PUO' PRESENTARE I SEGUENTI EVENTI CLINICI CHE RICHIEDONO LA  
SOMMINISTRAZIONE DEI SEGUENTI FARMACI:**

Evento clinico.....
Farmaco.....Dose .....
modalità di conservazione del farmaco.....
Eventuali effetti collaterali.....
.....

Evento clinico.....
Farmaco.....Dose .....
modalità di conservazione del farmaco.....
Eventuali effetti collaterali.....
.....

Evento clinico.....
Farmaco.....Dose .....
modalità di conservazione del farmaco.....
Eventuali effetti collaterali.....
.....

**Data**.....

**Il medico curante**

.....  
( TIMBRO E FIRMA)