



III Circolo Didattico
"R. Cotugno"
Andria - BT

SCUOLA STATALE DELL'INFANZIA E PRIMARIA
Viale Gramsci, 44 – 76123 Andria (BT)
Tel. 0883 246418 Cod. ministeriale: BAEE19800R
C.F. 90095070729
PEO: baee19800r@istruzione.it - PEC: baee19800r@pec.istruzione.it -
SITO: www.cotuqnoandria.edu.it

Al Dirigente Scolastico
3° C.D. "Riccardo Cotugno"
Andria

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Il sottoscritto _____
genitore dell'alunno/a _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ via _____
frequentante la classe/sez. _____ del plesso _____

DICHIARA

che il proprio figlio/a _____
è affetto/a da _____
e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

venga somministrato allo stesso/a il farmaco in caso di urgenza come da allegata prescrizione
medica (PLS/MMG) rilasciata in data _____ dal dott. _____ e

AUTORIZZA

il personale docente e non docente ad effettuare la somministrazione del farmaco esonerando la scuola
da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa.



III Circolo Didattico
"R. Cotugno"
Andria - BT

SCUOLA STATALE DELL'INFANZIA E PRIMARIA
Viale Gramsci, 44 – 76123 Andria (BT)
Tel. 0883 246418 Cod. ministeriale: BAEE19800R
C.F. 90095070729
PEO: baee19800r@istruzione.it - PEC: baee19800r@pec.istruzione.it -
SITO: www.cotugnoandria.edu.it

Allega, a tal fine:

il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarato nella presente, corredato da prescrizione del farmaco indispensabile con chiaramente specificate:

- 1) nome commerciale del farmaco;
- 2) descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- 3) la dose di somministrazione;
- 4) le modalità di somministrazione del farmaco;
- 5) la conservazione del farmaco;
- 6) durata della terapia.

ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

Data _____

Firma dei genitori o dell'esercente potestà genitoriale

Recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° NUMERO

2° NUMERO



III Circolo Didattico
"R. Cotugno"
Andria - BT

SCUOLA STATALE DELL'INFANZIA E PRIMARIA
Viale Gramsci, 44 – 76123 Andria (BT)
Tel. 0883 246418 Cod. ministeriale: BAEE19800R
C.F. 90095070729
PEO: baee19800r@istruzione.it - PEC: baee19800r@pec.istruzione.it -
SITO: www.cotugnoandria.edu.it

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS) O MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO.

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la scuola _____ classe _____

affetto/a da _____

NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DEL PERSONALE NON SANITARIO, DEL SEGUENTE FARMACO: _____

In caso di urgenza dovuta a _____

che si manifesta con la seguente sintomatologia _____

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____



III Circolo Didattico
"R. Cotugno"
Andria - BT

SCUOLA STATALE DELL'INFANZIA E PRIMARIA
Viale Gramsci, 44 – 76123 Andria (BT)
Tel. 0883 246418 Cod. ministeriale: BAEE19800R
C.F. 90095070729
PEO: baee19800r@istruzione.it - PEC: baee19800r@pec.istruzione.it -
SITO: www.cotugnoandria.edu.it

Dosaggio _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato.

Data _____

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