



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI SPOLTORE

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di 1° grado  
Via Montesecco, 33 - 65010 SPOLTORE (PE)  
Segreteria 085 4961134 - Fax 085 4963457 – Presidenza 085 4961003  
E-Mail: [peic806007@istruzione.it](mailto:peic806007@istruzione.it) Pec [peic806007@pec.istruzione.it](mailto:peic806007@pec.istruzione.it)  
Sito web: [www.icspoltore.gov.it](http://www.icspoltore.gov.it)

C.F. 80006370680

C.M. PEIC806007



➤ Al Dirigente scolastico  
Prof. Bruno D'ANTEO

## OGGETTO: Somministrazione farmaci a scuola - Richiesta

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di

genitore  affidatario  tutore

dell' alunno/a \_\_\_\_\_, frequentante la \_\_\_\_\_ (*specificare scuola-classe-sezione*)

della scuola  dell'infanzia  primaria  secondaria di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_, constatata l'assoluta necessità,

come da allegata proposta del medico rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

A la somministrazione di farmaci durante l' orario scolastico a cura del personale docente e ATA, dichiaratosi disponibile, formalmente incaricato ed adeguatamente istruito, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento;

B di autorizzare l'ingresso a scuola durante l'orario scolastico per la somministrazione dei farmaci:

B1 ai genitori

B2 alle persone formalmente delegate: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C di assicurare la somministrazione dei farmaci a scuola a cura del personale dell'Ente / Associazione di volontariato \_\_\_\_\_ (*specificare*) con il quale è stata stipulata apposita convenzione.

A tal fine allega la certificazione medica attestante lo stato di malattia del/la proprio/a figlio/a con la prescrizione dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

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

SI  NO

In attesa di un riscontro si inviano distinti saluti

Spoltore, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*firma*

- *Contrassegnare con una X tutte le voci che interessano*

PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA  
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A

Cognome ..... Nome.....

Data di nascita ..... Residente a .....

in via ..... Telefono .....

Classe ..... della Scuola .....

sita a ..... in via .....

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco .....

Modalità di somministrazione ..... Dose .....

Orario:..... Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico ..... - .....)

dal..... al.....

Terapia di mantenimento:

.....  
.....  
.....

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata):

.....  
.....  
.....

Modalità di conservazione del farmaco:

.....  
.....  
.....

Note

.....  
.....

Data .....

Timbro e firma del Medico

.....