

Prot. n. \_\_\_\_\_

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'I.I.S. "A. EINSTEIN"

**OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ del Liceo \_\_\_\_\_ "A. Einstein" di Torino, vista la specifica  
patologia dell'alunno/a:

\_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

la somministrazione di farmaci in orario scolastico e/o nel corso di attività o progetti organizzati dalla scuola a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione o piano d'azione

Allega

- Prescrizione
- Certificazione

1

Luogo e data, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

STUDENTI	SOMMINISTRAZIONE FARMACI	REVISIONE DEL 07/02/2015
----------	-----------------------------	--------------------------

I sottoscritti (padre) \_\_\_\_\_ e (madre) \_\_\_\_\_  
in qualità di Genitori/Tutori del minore \_\_\_\_\_  
iscritto per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ presso il Liceo \_\_\_\_\_ Einstein di Torino

**chiedono di autorizzare il seguente personale scolastico:**

	cognome e nome	qualifica
1)	.....	.....
2)	.....	.....
3)	.....	.....
4)	.....	.....

ad attivare le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico e/o durante attività e/o progetti autorizzati dalla scuola, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da prescrizione medica in allegato.

I sottoscritti con la presente, delegano ed autorizzano formalmente il personale scolastico in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico e/o durante attività e/o progetti autorizzati dalla scuola.

Acconsentono 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)  SÌ  NO

In fede  
Firma del padre \_\_\_\_\_  
Firma della madre \_\_\_\_\_

**(IN CASO DI GENITORE/TUTORE ASSENTE O IMPOSSIBILITATO A FIRMARE)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno \_\_\_\_\_  
dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore/tutore assente \_\_\_\_\_

Torino, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Numeri di telefono utili:**

- Medico curante(PLS/MMG) \_\_\_\_\_
- Genitore (padre) \_\_\_\_\_
- Genitore (madre) \_\_\_\_\_
- Altri numeri utili \_\_\_\_\_

STUDENTI	SOMMINISTRAZIONE FARMACI	REVISIONE DEL 07/02/2015
----------	--------------------------	--------------------------

**Allegato 2**

**CERTIFICAZIONE/PRESCRIZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

**Si certifica per il minore**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

iscritto c/o l'Istituto di Istruzione Superiore "A. EINSTEIN" di Torino, classe \_\_\_\_\_

**l'assoluta necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico e/o durante attività e/o progetti organizzati dalla scuola il seguente farmaco, e pertanto si prescrive:**

Nome commerciale del farmaco: \_\_\_\_\_

Dose e modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Via di somministrazione: \_\_\_\_\_

Orario 1^ dose: \_\_\_\_\_ 2^dose: \_\_\_\_\_ 3^ dose \_\_\_\_\_ 4^ dose \_\_\_\_\_

Durata terapia: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

oppure

Evento per il quale è prevista la somministrazione: \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_

Eventuali note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Effetti collaterali: \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico: \_\_\_\_\_

STUDENTI	SOMMINISTRAZIONE FARMACI	REVISIONE DEL 07/02/2015
----------	-----------------------------	--------------------------