

CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che l'alunno nato il per motivi di salute
e constatata l'assoluta necessità

☐ qualora si presentino i seguenti sintomi
.....

☐ nel seguente orario
necessità della somministrazione in ambito ed orario scolastico

del farmaco

alla dose

con le seguenti modalità.....

per il periodo

Il farmaco deve essere conservato in luogo sicuro, secondo le indicazioni riportate nella
confezione o nel foglietto illustrativo.

La somministrazione è indispensabile per la cura della malattia da cui il bambino è affetto e
l'impossibilità della sua somministrazione ne impedirebbe la frequenza in comunità.
Si rilascia al genitore di su propria richiesta

In fede

Timbro e firma del medico

*Il Certificato per la somministrazione dei farmaci a scuola, può essere prodotto anche in
modelli diversi purché conformi nel contenuto.*

*Il nome commerciale del farmaco, le modalità di somministrazione, il dosaggio e la durata
della terapia possono anche essere prodotte separatamente dal certificato per la
somministrazione.*

Allegato C/2

~~VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE~~

In data alle ore la/il sig.

..... genitore dell'alunno/a

frequentante la classe della scuola

..... consegna alle insegnanti di
classe un flacone nuovo ed integro del medicinale..... da
somministrare al/alla bambino/a ogni giorno alle ore nella dose
..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in
copia allegata alla presente, rilasciata in data dal dott.

Il genitore:

☒ autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso
personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco
stesso.

☒ provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il
medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale
variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri
telefonici:

SS. Cosma e D.no,

Il genitore

Le insegnanti

Allegato A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti

..... genitori di
..... nato a il
residente a in via
..... frequentante la classe della
Scuola sita a
..... in Via

..... Essendo il minore affetto da
..... e constatata l'assoluta necessità, chiedono la
somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in data dal dott.

..... Consapevoli che l'operazione viene svolta da
personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale
derivante da tale intervento. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi
del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle
persone)

SS. Cosma e D.no,

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
Numeri di telefono utili: Pediatra di libera scelta/medico curante

.....
Genitori