

**SCUOLA DELL'INFANZIA-NIDO INTEGRATO " GIOVANNI XXIII "**

Via S. Gregorio Barbarigo, 12 – Tel/Fax 049-710329

35020 ALBIGNASEGO (Padova)

C.F. 92028510284 - Part. IVA 03382990285

Cod. Meccanografico Scuola: PD1A01600N

[www.scuolainfanziaferri.it](http://www.scuolainfanziaferri.it)

Mail: [materna.ferri@fismpd.it](mailto:materna.ferri@fismpd.it) - PEC: [scuolaferri@pec.fismpadova.it](mailto:scuolaferri@pec.fismpadova.it)

## RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

GENTILI GENITORI,

i bambini che necessitano della somministrazione di farmaci in orario scolastico, devono fare richiesta alla scuola, compilando e riconsegnando i seguenti moduli:

- **Modulo A** (Modulo richiesta) corredato del certificato del medico curante
- **Modulo B** (Prescrizione del medico curante alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico).
- **Liberatoria**

**Si ricorda che la mancata produzione della documentazione richiesta non darà luogo a nessuna somministrazione del farmaco, sarà pertanto premura della famiglia consegnare prima dell'inizio della frequenza scolastica del bambino quanto richiesto.**

Vi ringraziamo per la collaborazione.

**MODULO A**

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Il/la sottoscritto/a

Cognome e nome
----------------

genitore o esercente potestà genitoriale del/la bambino/a

Cognome e nome bambino/a	
Nato/a a	Il
Comune e provincia di residenza	Cap
Via/piazza	N°
Telefono/ Cellulare	
Frequenta la sezione	
Anno scolastico	

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

**E CONTESTATA L'ASSOLUTA NECESSITA', CHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI COME DA ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA**

**RILASCIATA in data \_\_\_\_\_ Dal Dott. \_\_\_\_\_**

**Si precisa che LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO E' FATTIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO E DI CUI SI AUTORIZZA FIN DA ORA L'INTERVENTO.**

**I genitori acconsentono 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**

Il \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori**

\_\_\_\_\_  
PADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'

\_\_\_\_\_  
MADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'

**SCUOLA DELL'INFANZIA-NIDO INTEGRATO " GIOVANNI XXIII "**

Via S. Gregorio Barbarigo, 12 – Tel/Fax 049-710329

35020 ALBIGNASEGO (Padova)

C.F. 92028510284 - Part. IVA 03382990285

Cod. Meccanografico Scuola: PD1A01600N

[www.scuolainfanziaferri.it](http://www.scuolainfanziaferri.it)

Mail: materna.ferri@fismpd.it - PEC: scuolaferri@pec.fismpadova.it

**MODULO B****PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN  
AMBITO SCOLASTICO**

DA COMPILARE A CURA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DELLO SPECIALISTA  
**VISTA LA RICHIESTA DEI GENITORI E CONTESTATA L'ASSOLUTA NECESSITA'**  
**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI DA PARTE DI PERSONALE NON  
SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO PER L'ALUNNO/A**

Cognome e nome bambino/a	
Nato/a a	II
Comune e provincia di residenza	Cap
Via/piazza	N°
Telefono/ Cellulare	
Frequenta la sezione	
Anno scolastico	

Affetto da \_\_\_\_\_

Nel caso in cui si verifichi \_\_\_\_\_

**DEL SEGUENTE FARMACO****NOME COMMERCIALE** del farmaco \_\_\_\_\_**MODALITA' Di SOMMINISTRAZIONE** \_\_\_\_\_**DOSE** \_\_\_\_\_**ORARIO** 1^ dose \_\_\_\_\_ 2^dose \_\_\_\_\_ 3^ dose \_\_\_\_\_**Durata della terapia dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_**Eventuali effetti collaterali** \_\_\_\_\_**Modalità di conservazione del farmaco** \_\_\_\_\_**Note** \_\_\_\_\_

II \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma del pediatra di libera scelta/Specialista

\_\_\_\_\_

**SCUOLA DELL'INFANZIA-NIDO INTEGRATO " GIOVANNI XXIII "**

Via S. Gregorio Barbarigo, 12 – Tel/Fax 049-710329

35020 ALBIGNASEGO (Padova)

C.F. 92028510284 - Part. IVA 03382990285

Cod. Meccanografico Scuola: PD1A01600N

[www.scuolainfanziaferri.it](http://www.scuolainfanziaferri.it)

Mail: materna.ferri@fismpd.it - PEC: scuolaferri@pec.fismpadova.it

**LIBERATORIA**

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI

Il/la sottoscritto/a

Cognome e nome
----------------

genitore o esercente potestà genitoriale del/la bambino/a

Cognome e nome bambino/a	
Nato/a a	Il
Comune e provincia di residenza	Cap
Via/piazza	N°
Telefono/ Cellulare	
Frequenta la sezione	
Anno scolastico	

**Autorizzano**

Sotto la propria responsabilità alla somministrazione dei farmaci prescritti dal Medico di base/Medico Specialista\_\_\_\_\_ al proprio figlio affetto da \_\_\_\_\_ come da certificato allegato, durante l'orario di permanenza a scuola.

Si impegnano a comunicare qualsiasi variazione della terapia farmacologica.

**Sollevano**

Da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco, il personale che effettua la somministrazione.

Data\_\_\_\_\_

**Firma dei genitori**\_\_\_\_\_  
PADRE O CHI ESERCITA LA POTESTÀ'\_\_\_\_\_  
MADRE O CHI ESERCITA LA POTESTÀ'