

SCUOLA DELL'INFANZIA-NIDO INTEGRATO " GIOVANNI XXIII "

Via S. Gregorio Barbarigo, 10/A – Tel/Fax 049-710329

35020 ALBIGNASEGO (Padova)

C.F. 92028510284 - Part. IVA 03382990285

Cod. Meccanografico Scuola: PD1A01600N

www.scuolainfanziaferri.it - Mail: materna.ferri@fismpd.it - PEC: 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.

SCUOLA DELL'INFANZIA-NIDO INTEGRATO " GIOVANNI XXIII "

Via S. Gregorio Barbarigo, 10/A – Tel/Fax 049-710329

35020 ALBIGNASEGO (Padova)

C.F. 92028510284 - Part. IVA 03382990285

Cod. Meccanografico Scuola: PD1A01600N

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

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, 10/A – Tel/Fax 049-710329

35020 ALBIGNASEGO (Padova)

C.F. 92028510284 - Part. IVA 03382990285

Cod. Meccanografico Scuola: PD1A01600N

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	Il
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** _____

Il _____

Data _____

Firma del pediatra di libera scelta/Specialista

SCUOLA DELL'INFANZIA-NIDO INTEGRATO " GIOVANNI XXIII "

Via S. Gregorio Barbarigo, 10/A – Tel/Fax 049-710329

35020 ALBIGNASEGO (Padova)

C.F. 92028510284 - Part. IVA 03382990285

Cod. Meccanografico Scuola: PD1A01600N

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 esercitante 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 POTESTA'_____
MADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'