



ASILO-SCUOLA MATERNA di OME

25050 OME (BS) – Via Valle, 9 – Tel. 030/652286

Cod. Fisc. 80047900172 – Partita IVA 01787120177

E-mail: materna.ome@libero.it

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e consegnare a scuola)

I sottoscritti _____

genitori di _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in via _____

frequentante la Scuola Materna di Ome sita in via Valle, 9

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 Dr. _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di
cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsentiamo 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

OME, _____

FIRMA DEI GENITORI
(o chi esercita la patria potestà)

Approvato

Non Approvato

Firma _____



ASILO-SCUOLA MATERNA di OME

25050 OME (BS) – Via Valle, 9 – Tel. 030/652286

Cod. Fisc. 80047900172 – Partita IVA 01787120177

E-mail: materna.ome@libero.it

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

la somministrazione del farmaco sottoindicato, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a

Cognome e nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

frequentante la Scuola Materna di Ome sita in via Valle, 9

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco: _____

Modalità di somministrazione: _____ Dose: _____

Orario: 1^a dose _____ 2^a dose _____ 3^a dose _____ 4^a dose _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco: _____

Note: _____

Data _____

Timbro e firma del medico
