

**PROTOCOLLO PER LA  
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
A SCUOLA**

**Modello A1 Richiesta somministrazione  
farmaci da parte dei genitori**

**REV.0 del**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

DA COMPILEARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E  
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori di \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

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'**

**Recapiti telefonici utili**

Madre cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Padre cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/medico specialista

Cell. \_\_\_\_\_ ambulatorio \_\_\_\_\_