

**Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo Statale
ACQUASPARTA**

**Modulo 01 : RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO
SCOLASTICO (per patologie croniche e in caso di emergenza)**

Il/la sottoscritto/a _____
In qualità di GENITORE o soggetto che esercita la patria potestà del
minore:

Cognome..... Nome.....

nato il.....frequentante la classedella scuola.....
Anno scolastico.....

C H I E D E

Sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio/a figlio/a tramite:

- La somministrazione di farmaci in ambito scolastico**
- La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario**

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....
.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....
.....

durata della terapia

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

.....
.....

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per

.....

Data,

timbro e firma del medico

.....