

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Rachel Behar"
Trecate (No)

I sottoscritti _____ genitori dell'alunno/a
_____, frequentante la classe _____ della Scuola
Primaria/dell'Infanzia/Secondaria di I grado _____
**chiedono che in caso di necessità alla propria/o figlio/a venga somministrato il farmaco prescritto
nell'allegata documentazione medica.**

Alla presente richiesta si allega certificazione medica attestante la diagnosi della malattia
dell'alunna/o, i sintomi che potranno manifestarsi al verificarsi della crisi, la prescrizione specifica
del farmaco da assumere, le modalità e i tempi di somministrazione, le competenze tecniche
richieste al somministratore, la posologia e la modalità di conservazione del medicinale.

Sono a conoscenza che, nell'assunzione del farmaco in ambiente scolastico, il proprio/a figlio/a
sarà aiutato/a da personale docente e/o collaboratori scolastici senza specializzazione medica.

Trecate (No), _____

I genitori dell'alunno/a



Istituto Comprensivo Statale "Rachel Behar"

Sede: via Mezzano, 41 28069 Trecate (NO) tel. 0321-71158

e-mail: noic82900g@istruzione.it pec: noic82900g@pec.istruzione.it

Codice Ministeriale NOIC82900G - Codice Fiscale 94068640039

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado dei Comuni di Sozzago e Trecate



Trecate,

ASL n. 13
Viale Roma 7 - NOVARA

Agli Atti

OGGETTO: aiuto nell'assunzione di farmaci in ambiente scolastico.

Si trasmettono per opportuna conoscenza gli allegati 1 e 2 riguardanti l'oggetto, per il minore _____ iscritto alla classe _____ della Scuola _____ sita in via _____

Distinti saluti

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Zeccato
Firmato digitalmente

I genitori o chi esercita la patria potestà del soggetto, i cui dati sono riportati nel presente modello, acconsentono alla trasmissione degli stessi, per quanto di propria competenza.

I GENITORI

Al Dirigente Scolastico
della Scuola _____

**CERTIFICAZIONE DEL CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN AMBITO SCOLASTICO**

Cognome Nome

Nato a il Residente a Via

Telefono Frequentante la classe

A causa della patologia di seguito riportata, si certifica l'assoluta necessità di somministrare, in ambito e orario scolastico, il seguente farmaco:

Nome commerciale del farmaco

Evento che richiede la somministrazione del farmaco.....

Dose da somministrare.....

Modalità di somministrazione.....Durata della terapia.....

Orario 1a dose 2a dose 3a dose 4a dose

Eventuali note di primo soccorso

Modalità di conservazione del farmaco.....

Data

Timbro e firma del medico