

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'I.I.S. L. ROTA - CALOLZIOCORTE

Il/i sottoscritto/i

.....

genitore/i affidatario/i- tutore/i .....  
dell'alunno/a

.....

frequentante la classe.....

della scuola.....

.....

nell'anno scolastico.....

Telefono fisso.....

Telefono cellulare.....

.....

vista la specifica patologia dell'alunno: .....

.....

Richiede/ono

La somministrazione di farmaci in orario scolastico

L'intervento specifico.....

.....

L'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico

Barrare la/e voce/i che interessa/no

Allega:

•certificazione medica attestante la terapia farmacologia in atto e/o l'intervento specifico necessario

Data

FIRMA dell/i genitore/i/tutore

**INDICAZIONI  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI  
IN ORARIO SCOLASTICO**

***Il minore***

Cognome.....

Nome .....

Nato il..... a .....

Residente a .....

In via.....

affetto dalla seguente patologia:.....

***presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la seguente terapia farmacologica:***

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:

.....

Modalità di somministrazione .....

Orario di somministrazione/dose .....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....

**e/o**

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:

.....

Modalità di somministrazione .....

Dose: .....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....

e/o

*presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:*

.....

Modalità di esecuzione: .....

Orario di esecuzione dell'intervento/i .....

Eventuali note:

.....

.....

.....

.....

Luogo e data

Timbro e firma del medico (1)

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico