



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE TINA ANSELMi

Scuole dell'Infanzia, Primarie e Secondarie di 1° grado
Via IV Novembre, 2 – 30031 DOLO (VE)
Tel. 041 / 410114

C.F. 90164410277 - C.M. VEIC867006 – C.U.F. UFQ710
VEIC867006@istruzione.it VEIC867006@pec.istruzione.it
<http://www.istitutocomprensivodolo.edu.it>



Allegato 1 "Richiesta"

Al Dirigente Scolastico

.....
.....
.....

OGGETTO: RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

I sottoscritti
genitori – tutori dell'alunno/a frequentante nel corrente
anno scolastico la classe presso, preso atto del
protocollo in materia di somministrazione dei farmaci a scuola adottato tra Ufficio
Scolastico Provinciale e le Aziende ULSS della Provincia di Venezia e vista la specifica
patologia dell'alunno/a, con la presente

RICHIEDONO

la somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella
prescrizione/ certificazione redatta da e allegata alla presente.

Con la presente consegna il farmaco con scadenza.

Comunica i propri recapiti telefonici : tel fisso

Cellulare

Dolo li, ____ / ____ / ____

Il padre/tutore: _____

La madre/tutore: _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario: _____



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE TINA ANSELMi

Scuole dell'Infanzia, Primarie e Secondarie di 1° grado

Via IV Novembre, 2 – 30031 DOLO (VE)

Tel. 041 / 410114

C.F. 90164410277 - C.M. VEIC867006 – C.U.F. UFQ710

VEIC867006@istruzione.it VEIC867006@pec.istruzione.it

<http://www.istitutocomprensivodolo.edu.it>



Allegato 2 “Autorizzazione”

Al Dirigente Scolastico

.....

.....

.....

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE A SOMMINISTRARE I FARMACI A SCUOLA

I sottoscritti
genitori – tutori dell'alunno/a frequentante nel corrente
anno scolastico la classe presso, considerati
gli interventi di informazione e formazione attuati da in
datae preso atto del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno/a
redatto dalla scuola con la collaborazione della Azienda ULSS competente per territorio e
consegnato alla famiglia in data, con la presente

AUTORIZZANO

gli operatori scolastici a somministrare i farmaci previsti nel protocollo all'alunno/a

Dolo li, ____ / ____ / ____

Il padre/tutore: _____
La madre/tutore: _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario: _____

PRESCRIZIONE/CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA
(SCHEMA CONTENUTI DELLA CERTIFICAZIONE DA PRESENTARE A SCUOLA)

(1) ALUNNO/A (Cognome e nome)			
nato il		a	
(2) AFFETTO DALLA PATOLOGIA:			

PUÒ PRESENTARE I SEGUENTI EVENTI CLINICI CHE RICHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE DEI SEGUENTI FARMACI:

(3) EVENTO CLINICO CHE RICHIEDE LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO:			
(4) FARMACO:		(5) DOSE:	
(6) MODALITÀ DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO:			
(7) EVENTUALI EFFETTI COLLATERALI			
(8) (PRECISA INDICAZIONE DELLA NON DISCREZIONALITÀ DA PARTE DI CHI SOMMINISTRA IL FARMACO RELATIVAMENTE AI PUNTI ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾):			

DATA

____/____/____

FIRMA DEL MEDICO CURANTE
