

**Allegato 1
RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico

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 voci/i che interessa/no

Allegati:

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

Data

FIRMA del/i genitore/i/tutore

Allegato 3

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

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 dell/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 dell/i farmaco/i:.....

e/o

presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:

.....

Modalità di esecuzione:

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

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