



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
SAN MARTINO BUON ALBERGO**

☒ Via Gottardi, 2/b - 37036 S. MARTINO B.A. (VERONA)  
☎ tel. 045/990148 – ☎ 045/990155 E-Mail [vric84000t@istruzione.it](mailto:vric84000t@istruzione.it)  
sito internet:: [www.icsbarbarani.it](http://www.icsbarbarani.it)

**MODULO PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO IN ORARIO SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_

Dichiara

- che il proprio figlio/a è affetto da \_\_\_\_\_
- che tale patologia necessita di intervento assistenziale in orario scolastico consistente nella somministrazione del farmaco \_\_\_\_\_
- di essere consapevole che il personale scolastico non possiede competenze specifiche di tipo sanitario.

Al fine di garantire il diritto allo studio del minore \_\_\_\_\_

Chiede

la somministrazione del farmaco \_\_\_\_\_  
da parte degli operatori scolastici nei tempi e nei modi di cui all'allegato certificato medico, sollevando il personale coinvolto da qualsiasi danno conseguente errate manovre.

Autorizza

il personale scolastico ad avere contatti con il medico che ha prodotto la certificazione nel caso ci fosse bisogno di ulteriori informazioni sull'intervento da effettuare.

Acconsente

al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs. 196/03

Contestualmente consegna il farmaco \_\_\_\_\_

In caso di emergenza telefonare ai seguenti nominativi:

Sig. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Allegano il certificato medico specifico prodotto dal dott. \_\_\_\_\_  
che evidenzia l'assoluta necessità e urgenza di somministrazione del farmaco.

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
IN AMBITO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
di S. Martino B.A, Verona

Cognome e nome dell'alunno/a \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

frequentante la scuola dell'infanzia/primaria/secondaria \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito e orario scolastico dei seguenti  
farmaci \_\_\_\_\_

nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

dose e modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

orario \_\_\_\_\_

durata terapia \_\_\_\_\_

modalità di conservazione \_\_\_\_\_

eventuale evento di crisi \_\_\_\_\_

dose e modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

eventuali note di primo soccorso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La somministrazione di \_\_\_\_\_ in caso di necessità, non comporta comunque  
danni al minore.

data

timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_