

Delega alla somministrazione di farmaci

(fac simile)

Il sottoscritto.....padre, la sottoscritta.....madre,
genitori di.....nato/a a.....il.....
frequentante

autorizzano

1. il/la sig.....nato/a a.....il.....
con mansione di.....presso
2. il/la sig.....nato/a a.....il.....
con mansione di.....presso

3.

alla somministrazione del farmaco.....
così come da prescrizione medica del dott.....

Il farmaco andrà somministrato secondo le seguenti modalità/secondo le modalità
allegate:

.....
.....

Dichiarano che non si tratta della **prima somministrazione** del suddetto farmaco.

Dichiarano che si tratta di **prima somministrazione** in quanto farmaco salvavita.

Dichiarano di sollevare l'Istituto e il personale scolastico delegato sopra individuato da
ogni responsabilità per eventuali incidenti che dovessero derivare dalla somministrazione
del farmaco secondo le modalità autorizzate.

Firma padre..... Firma madre.....

(oppure la sola firma di chi esercita la potestà genitoriale)

Prescrizione medica per somministrazione di farmaci a scuola (fac-simile)

Su carta intestata del medico o della struttura sanitaria in cui opera

- Nome Cognome assistito, dati di riconoscimento anagrafico
- Descrizione della condizione patologica che necessita di somministrazione di farmaci indispensabili in orario scolastico o salvavita
- Nome del farmaco
- Posologia
- Modalità e tempi di somministrazione
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata del trattamento

Data rilascio

Firma e timbro del medico

La prescrizione medica deve essere chiaramente leggibile.