



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza



Comune di Castel San Giovanni
Ufficio Pubblica Istruzione

Assistenza Primaria – Distretto di Ponente
U.O. Cure Primarie
Pediatria di Comunità
(tel. 0523-885507)



RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

(da compilare a cura dei genitori del minore e da consegnare al
Responsabile dell'Ufficio Pubblica Istruzione)

AL RESPONSABILE
dell'UFFICIO PUBBLICA ISTRUZIONE
Via Garibaldi n. 7 – 29015
Castel San Giovanni (Pc)

Il/i sottoscritto/i _____ tel. _____ cell. _____
_____ tel. _____ cell. _____

genitore/i-tutore/i di _____

nato a _____ il ____/____/____

residente a _____ in via _____

frequentante la sez. _____ del Nido d'Infanzia Comunale "BIRIBIMBO"
nell'anno scolastico ____/____

- preso atto del vigente regolamento sanitario in materia di somministrazione di farmaci
nelle struttura indicata;

- vista la specifica patologia del minore affetto/a da _____

RICHIEDE/RICHIEDONO

la somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione allegata*

- Prescrizione/certificazione allegata redatta dal _____
 - Farmaco specifico consegnato _____
 - Farmaco con scadenza _____ (di cui dichiaro di tenere nota io/noi stesso/i per provvedere in tempo alla sostituzione)
 - Modalità di conservazione del farmaco _____
 - Luogo di conservazione del farmaco (a cura del Coordinatore Psicopedagogico)
- _____

SI AUTORIZZA

contestualmente e fin d'ora la somministrazione del farmaco anche da parte di personale non sanitario identificato dal Responsabile dell'Ufficio Pubblica Istruzione e

SOLLEVO/SOLLEVANO

lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone). SI NO

Data, _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

*La prescrizione/certificazione del MMG , del PLS, del Medico specialista deve specificare:

1. il nome dell'alunno
2. la patologia dell'alunno
3. l'evento che richiede la somministrazione di farmaci
4. le modalità di somministrazione del farmaco
5. la dose da somministrare
6. le modalità di conservazione del farmaco
7. gli eventuali effetti collaterali
8. la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco relativamente ai punti 4,5,6