



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA  
Fondo sociale europeo  
Fondo europeo di sviluppo regionale



# ISTITUTO COMPRENSIVO PIERACCINI – FIRENZE

Viale S. Lavagnini 35 – 50129 Firenze Tel. 055/489967 – 471484 -474884 – 4631637

Fax 055/492967

C.F. 94188520483 – Codice Meccanografico FIIC84800T

[fiic84800t@istruzione.it](mailto:fiic84800t@istruzione.it) – [fiic84800t@pec.istruzione.it](mailto:fiic84800t@pec.istruzione.it)

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto .....

di .....

I sottoscritti .....

genitori (o chi ne fa le veci) di

.....

frequentante la classe .....

Constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico del farmaco/i

.....

come da allegata attestazione medica

Dichiarano che sarà loro cura consegnare il farmaco alla scuola, nonché informare tempestivamente la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato.

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

.....

Luogo .....

Data ...../...../.....



## **ISTITUTO COMPRENSIVO PIERACCINI – FIRENZE**

Viale S. Lavagnini 35 – 50129 Firenze Tel. 055/489967 – 471484 -474884 – 4631637

Fax 055/492967

C.F. 94188520483 – Codice Meccanografico FIIC84800T

[fiic84800t@istruzione.it](mailto:fiic84800t@istruzione.it) – [fiic84800t@pec.istruzione.it](mailto:fiic84800t@pec.istruzione.it)

### **CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Si certifica che l'alunno ..... nato il ...../...../.....

per motivi di salute e constatata l'assoluta necessità

qualora si presentino i seguenti sintomi

.....

nel seguente orario .....

necessita della somministrazione in ambito ed orario scolastico

del farmaco .....

alla dose .....

con le seguenti modalità .....

per il periodo .....

Il farmaco deve essere conservato in luogo sicuro, secondo le indicazioni riportate nella confezione o nel foglietto illustrativo.

La somministrazione è indispensabile a causa della malattia da cui il bambino è affetto e l'impossibilità della sua somministrazione ne impedirebbe la frequenza in comunità.

La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica e può essere erogata da parte di personale adulto non sanitario, purché adeguatamente formato.

Si rilascia al genitore di ..... su propria richiesta.

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

.....

*Il Certificato per la somministrazione dei farmaci a scuola, può essere prodotto anche in modelli diversi purchè conformi nel contenuto.  
Il nome commerciale del farmaco, le modalità di somministrazione, il dosaggio e la durata della terapia possono essere anche essere prodotte separatamente dal certificato per la somministrazione.*