

## MODULO C

Al/la dirigente scolastico/a  
dell'Istituto Comprensivo "E. Galvaligi"  
di Solbiate Arno

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO  
per patologie croniche o in caso di emergenza  
- allegato al Certificato Medico -**

### Compilazione a cura MEDICO CURANTE

#### **Prescrizione specifica dei farmaci da assumere**

- Nome commerciale del farmaco: .....
- Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (se è conservato personalmente dallo stesso alunno): .....
- Modalità e tempi di somministrazione, posologia: .....
- ☐ **Necessità di somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico**
- ☐ **Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola** (genitori, personale medico o operatori specificatamente formati)
- ☐ **Possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell'alunno**

#### **Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:**

.....  
.....  
.....

**Istruzioni indirizzate al personale scolastico**, sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace: .....

.....  
.....  
.....  
.....

Data, .....

Il Medico Curante

.....