

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