



---

**Allegato n.1**

Oggetto: comunicazione patologia –alunni fragili **CONTIENE DATI SENSIBILI**

I sottoscritti

\_\_\_\_\_ (madre)

\_\_\_\_\_ (padre)

Genitori/tutore legale dello studente/ssa \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_ a.s. 2020-2021- di codesto Istituto, ritengono di dover segnalare che, a tutela della salute del proprio figlio\|a, come da certificato del proprio medico curante /pediatra allegato, vadano attivate le seguenti misure:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione. In caso di necessità la scuola potrà contattare i genitori ai seguenti numeri telefonici:

Tel. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori/tutore legale

\_\_\_\_\_

---

**Allegato n.2**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE ALLA PRESIDE**

I sottoscritti

\_\_\_\_\_ (madre)

\_\_\_\_\_ (padre)

genitori di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_ dell'Istituto "Cesare Arici" sito a Brescia in via Trieste n. 17 – 25121 Brescia.

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico (MMG/PLS) rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal Dr \_\_\_\_\_

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Numeri di telefono utili:

\_\_\_\_\_

Firma genitori

\_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_

*Acconsento 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).*

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

**Allegato n.3**

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_ dell'Istituto "Cesare Arici" sito a Brescia in via

Trieste n. 17 – 25121 Brescia

del/dei seguente/i farmaco/i:

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Dose \_\_\_\_\_ Orario \_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Dose \_\_\_\_\_ Orario \_\_\_\_\_

Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_) dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Terapia di mantenimento:

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata):

Modalità di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_

Note

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico