



Allegato 6A

Certificazione/Prescrizione per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

Si certifica per il minore:

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ residente a _____

Via _____ n. _____ Provincia _____

l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito ed orario scolastico

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

Durata terapia

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di un particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

Eventuali Note:

Data _____

Timbro e firma del medico _____



SCUOLA DELL'INFANZIA
"SAN MARTINO VESCOVO"
Via Piossasco, 15
10090 BRUINO (TO)
Tel. 011/908.77.25
C.F. 08103400019

E-mail segreteria@sanmartinovescovo-infanzia.it

Allegato 6B

I sottoscritti (padre) _____ e
(madre) _____

In qualità di Genitori/Tutori del minore:

Cognome: _____

Nome: _____

Nato il _____ e frequentante nell'anno scolastico _____ la
sezione _____

CHIEDONO

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla
certificazione medica allegata.

AUTORIZZANO

- Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

Medico Curante: _____

Genitori _____

In fede

Data _____

Firma padre _____

Firma madre _____