

# Istituto Comprensivo “NOSSIDE - PYTHAGORAS”



Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado Statale

Via Salita Aeroporto, s.n.c. - 89131 Reggio Calabria - Tel. e fax: 0965/643271

Cod. Ministeriale: **RCIC86900V** - Cod. Fisc.: **92081130806** - Cod. Fatturazione Elettronica: **UFUMT3**

Peo: [rcic86900v@istruzione.it](mailto:rcic86900v@istruzione.it) - Pec: [rcic86900v@pec.istruzione.it](mailto:rcic86900v@pec.istruzione.it) - Sito Web: [www.nossidepythagoras.it](http://www.nossidepythagoras.it)



## ALLEGATO 3

**OGGETTO: Somministrazione farmaci in orario e in ambito scolastico – a.s. 2023/2024.**

Da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno/a per la presentazione, in allegato, alla richiesta di autosomministrazione/somministrazione di farmaco/i in ambito e in orario scolastico (Allegato 1 o 2).

- ESAMINATA la richiesta dei genitori/responsabili genitoriali;
- CONSTATATA la necessità dell'autosomministrazione/somministrazione di farmaco/i in ambito e in orario scolastico;
- ACCERTATO che la vigilanza/somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario;

SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/A

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

frequentante la sezione/classe \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_

ordine:  scuola dell'Infanzia  scuola Primaria  scuola Secondaria di primo grado

di Codesta Istituzione scolastica, affetto dalla seguente patologia \_\_\_\_\_

nel caso in cui si verifichi (descrizione dell'evento) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Fin da ora MI DICHIARO disponibile a fornire agli operatori scolastici, nei modi più opportuni, tutte le informazioni necessarie per la corretta identificazione degli eventi che necessitano dell'autosomministrazione/somministrazione del/i farmaco/i, nonché le istruzioni per la corretta somministrazione dello/degli stesso/i.

\_\_\_\_\_

Firma e timbro

\_\_\_\_\_