

Dipartimento Malattie di Genere, Genitorialità, Bambino e Adolescente  
U.O.C. Tutela Salute Donna e dell' Età Evolutiva  
Direttore dr.ssa Patrizia Magliocchetti

## **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DEL BAMBINO  
E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti genitori di: \_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

frequentante la sezione \_\_\_\_\_ dell' Asilo Nido \_\_\_\_\_

sito a Roma in via \_\_\_\_\_

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

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei

farmaci come da allegato piano terapeutico

rilasciato in data \_\_\_\_\_ dal Dr \_\_\_\_\_

Consapevole che la somministrazione del farmaco sarà effettuata da personale non sanitario, ne autorizza fin d'ora l'intervento e lo solleva da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale somministrazione, effettuata secondo il piano terapeutico allegato.

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):      SI                       NO

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Genitori \_\_\_\_\_

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

**PRESCRIZIONE DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA / DELLO SPECIALISTA ALLA  
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ASILO NIDO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,  
IN AMBITO ED IN ORARIO DI PRESENZA PRESSO L'ASILO NIDO PER:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Sezione \_\_\_\_\_ dell'ASILO NIDO \_\_\_\_\_

sito a **Roma** in via \_\_\_\_\_

del seguente farmaco

Nome del farmaco: \_\_\_\_\_

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

Orario: I dose \_\_\_\_\_ II dose \_\_\_\_\_ III dose \_\_\_\_\_ IV dose \_\_\_\_\_

Durata terapia: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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

note \_\_\_\_\_

Data

Timbro e firma del Sanitario