

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 allegata autorizzazione medica

rilasciata in data _____ dal Dr _____

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

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 patria potestà _____

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