



I



Istituto Comprensivo  
**Adelaide Ristori**

**Allegato 3**

**MODULO PER LA DISPONIBILITÀ ALLA SOMMINISTRAZIONE  
DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di Docente/Collaboratore scolastico  
della classe \_\_\_\_\_ in servizio presso il plesso \_\_\_\_\_ vista la richiesta dei  
genitori e la prescrizione del medico curante/ospedaliero (prot. del \_\_\_\_\_)

**SI DICHIARA DISPONIBILE ALLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO**

all'alunno  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ data di nascita  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ plesso  
\_\_\_\_\_

del farmaco sotto indicato:

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_ durata della  
terapia \_\_\_\_\_ secondo le indicazioni precisate nella  
prescrizione a me consegnata in copia e in base alle modalità di comportamento concordate per la  
somministrazione del farmaco.

Il farmaco è custodito dall'addetto al primo soccorso presso il plesso \_\_\_\_\_  
secondo le modalità di conservazione del farmaco indicate nella prescrizione.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

**COMPILARE E CONSEGNARE IN SEGRETERIA**