



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**EMILIA-ROMAGNA**  
**Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza**

**Assistenza Primaria** – Distretto di Ponente  
 U.O. Cure Primarie  
 Pediatria di Comunità  
 (tel. 0523-885507)



**COMUNE DI ROTTOFRENO**  
 Provincia di Piacenza  
 Settore Servizi alla Persona  
 - Ufficio Scuola -  
 Tel. 0523 780330/24 Fax 0523 782033  
 e-mail: scuola.rottofreno@sintranet.it



## RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(da compilare a cura dei genitori del minore e da consegnare al Responsabile dell'Ufficio Scuola)

AI RESPONSABILE  
 del SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA  
 - Ufficio Scuola-  
 Piazza Marconi, 2  
 29010 Rottofreno (PC)

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

genitore/i-tutore/i di \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la sez. \_\_\_\_\_ del Nido d'Infanzia Comunale "la COCCINELLA" nell'anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_

- preso atto del vigente regolamento sanitario in materia di somministrazione di farmaci nelle struttura indicata;

- vista la specifica patologia del minore affetto/a da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## RICHIEDE/RICHIEDONO

previa comunicazione telefonica da parte del personale educatore, la somministrazione di paracetamolo per bocca in caso di insorgenza di febbre  $>38^{\circ}\text{C}$  ed impossibilità da parte del genitore/tutore di suo delegato al ritiro del bambino

## E AUTORIZZA/AUTORIZZANO

contestualmente e fin d'ora, la somministrazione del farmaco anche da parte di personale non sanitario identificato dal Responsabile dell'Ufficio Scuola e

## SOLLEVO/SOLLEVANO

lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica indicata.

- Farmaco specifico consegnato \_\_\_\_\_  
con scadenza \_\_\_\_\_ (di cui dichiaro/i amo di tenere nota io/noi stesso/i per provvedere in tempo alla sostituzione)
- Dosaggio \_\_\_\_\_
- Luogo di conservazione del farmaco (a cura del Coordinatore Psicopedagogico)  
\_\_\_\_\_

Si acconsente 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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_