

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto
genitore/tutore dell'alunno
frequentante la classe/sezione
della scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria di

CHIEDE

la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, **come da prescrizione medica allegata**;

oppure

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, **come da prescrizione medica allegata** dichiarando che non sono necessarie cognizioni specifiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità.

Autorizza, contestualmente,

il personale scolastico identificato in calce dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia **di cui alla allegata prescrizione medica** e di seguito descritta.

Farmaco terapeutico SI' NO Tipologia farmaco

Farmaco salvavita SI' NO Tipologia farmaco

Dosi

Orari

Periodo di somministrazione

Modalità di conservazione

Data

Firma di entrambi i genitori

Firma del Dirigente Scolastico

.....
.....

.....

Il sottoscritto è consapevole che detta richiesta:

- ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario;
- nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico;
- i farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

Docenti/collaboratori scolastici individuati alla somministrazione:

.....
.....

Data,

Firma del Dirigente Scolastico