

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE
DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI

Io sottoscritto
genitore/tutore dell'alunno/studente.....
frequentante la classe/sezione
della scuola d'infanzia/primaria/secondaria

chiedo

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

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

AUTO-SOMMINISTRAZIONE PER MAGGIORENNI

Io sottoscritto
frequentante la classe/sezione
della scuola secondaria

comunico

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica , come da prescrizione medica allegata.

Farmaco
Dosi
Orari
Periodo di somministrazione
Modalità di conservazione.....

Data

firma del genitore/tutore
o dello studente maggiorenne

firma del Dirigente scolastico

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico
Essa 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 per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
IN AMBITO SCOLASTICO**

Cognome Nome
Data di nascita Residente Telefono
Scuola Classe

Necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico

Nome commerciale del farmaco
Dose e modalità di somministrazione
Orario 1a dose 2a dose 3a dose 4a dose
Durata terapia.....
Modalità di conservazione.....

Nome commerciale del farmaco
Evento per il quale somministrare il farmaco.....
Dose e modalità di somministrazione
Eventuali note di primo soccorso

Indicare se è stato predisposto un protocollo di intervento e se è stata effettuata la
formazione degli operatori scolastici incaricati.....

Modalità di conservazione.....

Data Timbro e firma del medico

**Constata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia
prescritta in ambito e orario scolastico**

Data Timbro e firma del Dirigente Scolastico
