

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI

Anno scolastico _____

I sottoscritti:

1-

residente in via _____ n. _____ città

recapito telefonico _____ cellulare

2- _____ (residenza, ... da indicare se diversi dal
genitore 1)

residente in via _____ n. _____ città

recapito telefonico _____ cellulare

genitori di _____ nato/a a _____ il
____/____/____

frequentante per l'anno scolastico 20____/20____ la classe _____

sezione _____

scuola _____ plesso

Chiedono

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da

prescrizione medica allegata.

Autorizzano, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevano 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 somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da **prescrizione medica allegata. (solo se maggiore di dodici anni)**

Farmaco

Dosi

Orari

Periodo di somministrazione

Modalità di conservazione

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico/sostituto.

Essa ha 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.

Sarà cura del genitore/tutore controllare la scadenza del farmaco e sostituirlo.

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla riservatezza dei dati personali, si autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente scheda ai fini dell'attivazione delle procedure conseguenti.

Data.....

Firma dei genitori/tutori

.....

.....

Firma del dirigente scolastico

.....