

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

SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI

____ sottoscritt _____ padre _____ madre
genitori dell'alunno/a _____

frequentante la **Scuola dell'Infanzia** classe sez. _____ a.s. 20____/20____

Scuola Primaria **Secondaria di 1 classe** _____ sez _____ a.s. 20____/20____
Contrassegnare scuola frequentata

CHIEDE

La somministrazione di farmaci per terapia 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 allego prescrizione medica, di seguito descritta, indicante: a) modalità di somministrazione b) tempi, c) durata, conservazione del farmaco

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

FARMACO _____

DOSI _____

ORARI _____

PERIODO DI SOMMINISTRAZIONE _____

MODALITA' DI CONSERVAZIONE _____

Reperibilità Madre Tel _____ cellulare _____

Reperibilità Padre Tel _____ cellulare _____

Monterotondo, _____

Firma del genitore

N.B. La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

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 in corso.

I farmaci prescritti per i minori vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

VISTA: la domanda del/la Sig./ra _____

VISTO: il certificato medico rilasciato in data _____

SI AUTORIZZA quanto sopra

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Rosa Apa)

Consegnata copia Ins. il _____