

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, 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.

la possibilità che i genitori intervengano per la somministrazione della 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 firma dello studente maggiorenne

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.