

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/tutore

.....

Firma del Dirigente Scolastico

.....