

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

Io sottoscrittogenitore/tutore dell'alunno/studente.....
frequentante la classe/sezionedella 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 farmacologia 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.

Farmaco
Dosi
Orari
Periodo di somministrazione
Modalità di conservazione.....
Data
firma del genitore/tutore.....
firma del Dirigente scolastico.....
firma dello studente maggiorenne.....

Farmaco
Dosi
Orari
Periodo di somministrazione
Modalità di conservazione.....
Data
firma del genitore/tutore.....
firma del Dirigente scolastico.....
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.

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome Nome

Data di nascita Residente Telefono

Scuola Classe

Necessità 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

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

Data Timbro e 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.