

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

**SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI**

Io sottoscritto/a.....  
Genitore/tutore dell'alunno/a.....  
Frequentante la classe/sez.....  
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 e 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, conservando autonomamente il farmaco, di cui è addestrato all'uso.

**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...../...../.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_  
Firma dei genitore/tutore

**Note**

La richiesta/autorizzazione va consegnata in Segreteria.

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 salvavita prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia, salvo i casi di auto-somministrazione certificati dal medico e autorizzati.

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI  
IN AMBITO SCOLASTICO**

Cognome.....Nome.....  
Data di nascita.....Residente.....Telefono.....  
Scuola.....Classe.....

**Necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico**

Nome commerciale del farmaco.....  
Dose e modalità di somministrazione.....  
Orario 1a dose..... 2° dose..... 3° dose..... 4° 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