

**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