

Richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico

SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI

Anno scolastico _____

Io sottoscritto _____

genitore dell'alunno/a _____

Frequentante la classe/sezione _____ della scuola _____

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 somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata



Farmaco _____

Dosi _____

Orari _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

	Firma del genitore/tutore	Firma del dirigente scolastico
Data.....

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

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.

Autorizzazione per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente _____ Tel. _____

Scuola _____ Classe _____

Dirigente Scolastico _____

Constatata l'assoluta necessità, si autorizza la somministrazione in ambito e orario scolastico del seguente farmaco:

Nome commerciale del farmaco _____

Dose _____

Modalità di Somministrazione _____

Orario:

al bisogno, secondo quanto concordato nella formazione

1° dose _____ 2° dose _____ 3° dose _____

Durata della terapia _____

Modalità di conservazione _____

Eventuali note di primo soccorso _____
