

# 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 \_\_\_\_\_

---

---