

Oggetto: Richiesta di autorizzazione alla somministrazione farmaci in ambito scolastico.

Il/La sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____
frequentante nell'a.s. _____ la classe _____ della sezione _____
nella Scuola:

CHIEDE

la possibilità di somministrare allo stesso la necessaria terapia farmacologia in orario scolastico, **come da prescrizione allegata.**

Congiuntamente alla richiesta il/la sottoscritto/a inoltre **DICHIARA** (barrare le voci di interesse) di somministrare personalmente al proprio figlio la necessaria terapia farmacologia in orario scolastico, previa autorizzazione ad accedere all'edificio scolastico

di autorizzare, in quanto impossibilitato a recarsi a Scuola, il personale scolastico identificato dal Dirigente scolastico alla somministrazione della terapia farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta, sollevando lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante

di autorizzare il proprio figlio ad auto-somministrarsi la terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata e di seguito descritta

DESCRIZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA

Farmaco _____

Dosi _____

Orari _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Data _____

Firma del genitore

Firma del Dirigente scolastico

Note importanti

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che deve essere specificata, la validità della richiesta/autorizzazione è per l'anno scolastico nel quale viene presentata e andrà rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico.

I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla Scuola per tutta la durata della terapia.