

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

Anno scolastico

Io sottoscritto

Genitore/tutore dell'alunno

Frequentante la classe/sezione del Plesso di

RICHIEDO

La somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica emessa dal Dott..... in data..... (ALLEGATO N.1).

a tal fine

- ☐ **Chiedo** di consentire l'accesso al genitore /tutore o al delegato sig. dalle ore alle
- ☐ **Autorizzo 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.
- ☐ **Chiedo** di consentire all'alunno l'auto-somministrazione

Nome commerciale del farmaco, Dosi, Orari, Periodo di somministrazione e Modalità di conservazione come da prescrizione medica all'ALLEGATO N.1.

NUMERI DI TELEFONO UTILI: FAMIGLIA:..... **MEDICO:**

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone) **SI** **NO**

Data

Il genitore/tutore

Visto

Il Dirigente Scolastico
(Prof. Domenico Ripa)

Note

- **La richiesta/autorizzazione deve essere consegnata al Dirigente Scolastico.**
- 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 prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.
- Il nome commerciale del farmaco deve corrispondere al nome indicato nella confezione da lasciarsi in custodia a scuola