RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

A MINORENNI IN AMBITO SCOLASTICO

Anno scolastico

Io sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell'alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_ della scuola /primaria/secondaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 CHIEDO

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica, 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 seguito descritta di cui alla allegato prescrizione medica.
* chiedo la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica come da prescrizione medico allegata.

FARMACO:

Dosi:

Orari:

Periodo di somministrazione:

Modalità di conservazione:

firma del genitore/tutore

Messina,

Note: La richiesta/autorizzazione va 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 specificato, 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 allo scuola per tutta !a durata della terapia.