

001376  
3

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

Anno scolastico \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a .....

Genitore/tutore dell'alunno/a .....

frequentante la classe/sezione ..... della scuola /primaria/secondaria .....

**chiedo**

la somministrazione allo/a stesso/a di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata. **Delego**, 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/a stesso/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore

\_\_\_\_\_

**PARTE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO**

Diagnosi .....

Farmaco da somministrare .....

Modalità di somministrazione .....

Dosi .....

Orari .....

Durata della somministrazione .....

Modalità di conservazione .....

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico

\_\_\_\_\_

**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 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.