

Buccinasco _____

Dirigente Scolastico

I.C.S. "RITA LEVI MONTALCII"

Via Liguria 2 20090 BUCCINASCO (Mi)

Oggetto: **RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE**

DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO - SOMMINISTRAZIONE a minorenni

Il/la sottoscritto/a , _____ , genitore

dell'alunno/a _____

classe _____ Sez. _____ della Scuola: Infanzia via dei Mille

Primaria di via Mascherpa di I Maggio

Secondaria via Emilia

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 auto-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

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.