***RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE***

***DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO***

***Anno scolastico 20…./20….***

Io sottoscritto ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

genitore dell’alunno/a………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………

frequentante la classe/sezione ……………… della scuola primaria/infanzia/secondaria 1° grado di ………………………………………………………………………………………………………………………

***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 ……………………………………………………………………………………

Data……………………………. Firma del genitore/tutore ……………………………………………………………….

La Dirigente Scolastica

Prof.ssa Anna Lamberti

***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 necessaria.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l’anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all’inizio del muovo 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.

***AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI***

***IN AMBITO SCOLASTICO***

Cognome …………………………………………………..……………………. Nome ……………………………………………………..…………………

Luogo e data di nascita …………………………………………………………………………………………………………………………………….......

Residente ……………………………………………………………..……………………………………….Tel. ……………..…………………………………

Scuola ……………………………………………………………………………………….…………………........ classe ………………………………………

Dirigente Scolastico ……………………………………………………………………………………………….

***Constata l’assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito e orario scolastico dei seguenti farmaci:***

Nome commerciale del farmaco …………………………………………………………………………………

Dose e modalità di somministrazione …………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………….

Orario:

I^ dose…………………. 2^ dose……………………… 3^ dose………………… 4^ dose………………

Durata terapia …………………………………………………………………………………………………….......................................................

Modalità di conservazione ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nome commerciale del farmaco…………………………………………………………………………………………………………………..…………

Evento…………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………

Dose e modalità di somministrazione……………………………………………………………………………………………………………………..

Eventuali note di primo soccorso …………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Data: …………………….

Timbro e firma del medico

………..……………………………………………