

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale
"Carlo Carminati"
di Lonate Pozzolo

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

SOMMINISTRAZIONE MINORENNI

Io sottoscritto _____

genitori/tutore legale/ studente _____

frequentante la classe _____ sez. _____

della scuola primaria/secondaria _____

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 è di seguito descritta.

- la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

AUTO-SOMMINISTRAZIONE PER MAGGIORENNI

Io sottoscritto _____

frequentante la classe _____ sez. _____

della scuola secondaria _____

comunico

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, come da prescrizione medica allegata.

farmaco _____

dosi _____

orari _____

periodo di somministrazione _____

modalità di conservazione _____

Data _____

Firma dei genitori/tutori legale o dello
Studente maggiorenne

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.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.