**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE**

**DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**SOMMINISTRAZIONE FARMACO AD ALUNNO MINORE**

Io sottoscritto …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Genitore/tutore dell’alunno/a studente …………………………………………………………………………………………………

Frequentante la classe/sezione ……………………………………………………….……………………………………………………..

Della scuola dell’infanzia/primaria/secondaria …………………………..…………………………………………………………..

**CHIEDO**

🞏 la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

**Autorizzo,** contestualmente, il personale scolastico identificato da 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 di seguito descritta.

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

**Data ………………………. Firma del genitore ………………………………….………**

**Si allega certificazione del medico**

**Note**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specifica della 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 per l’anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integrale lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE**

**DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**(compilazione a carico del medico)**

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

Data di nascita …………………………………………. Residente ………………………………… tel………………………………………

Scuola ………………………………………………………………………………………………… Classe…………………………………………….

**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 1a dose …………………………. 2a dose ………………………….. 3 a dose ……..…………. 4°a dose …………………….

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

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

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

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

Evento …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

Data ………………………………………………………. Timbro e firma del medico