

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO A MINORENNI**

**Il sottoscritto**

Cognome .....	Nome .....
------------------	---------------

**Genitore dell'alunno**

Cognome .....	Nome .....
------------------	---------------

<b>Scuola</b> .....	<b>Classe</b> .....	<b>Sez.</b> .....	<b>Anno scolastico</b> <b>202.../202...</b>
------------------------	------------------------	----------------------	--

**CHIEDE**

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

**AUTORIZZA**

- contestualmente, il personale della scuola identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e solleva 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 autosomministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata se frequentante la scuola secondaria.

**Farmaco**

.....
-------

**Dosi**

.....
-------

**Orari**

.....
-------

**Periodo di somministrazione**

.....
-------

**Modalità di conservazione**

.....
-------

**Data**

.....
-------

**Firma del Genitore / Tutore dell'alunno**

.....
-------

**Note:**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha 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.