

Prot. n° _____ del _____

**RICHIESTA/AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
DURANTE L'ORARIO SCOLASTICO**

A.S. 20____/20____

I sottoscritti.....genitori (o chi ne fa le veci) dello
studente.....frequentante la classe.....sez.....
della Scuola.....
Sita in via.....prov.....

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a, durante lo svolgimento delle lezioni scolastiche, deve assumere il/i farmaco/i,
..... come da certificazione medica allegata, nel seguente orario:

il mattino ore..... il pomeriggio ore.....

A tal fine, i sottoscritti genitori, **autorizzando il figlio succitato** alla somministrazione del farmaco
indicato nella certificazione medica allegata,

CHIEDONO

Il supporto del personale della scuola:

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1. nella somministrazione del farmaco | SI | NO |
| 2. nella vigilanza durante l'auto-somministrazione del farmaco | SI | NO |

Autorizzano, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla
Somministrazione o alla vigilanza durante l'autosomministrazione del succitato farmaco e sollevano lo
stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia
farmacologia come da allegata prescrizione medica.

Borgaro, li

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

madre.....

padre.....

Reperibilità tel. _____

La richiesta/ autorizzazione **va consegnata al Dirigente Scolastico**

Essa ha validità **per un anno scolastico** ed andrà rinnovata ogni anno.

CERTIFICAZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

A.S. 20___/20___

DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO PER IL QUALE IL MEDICO RICHIEDE LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

Cognome..... Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Residente in..... tel.....

Scuola..... classe.....

Constatata l'assoluta necessità della somministrazione in ambito e orario scolastico, si autorizza la somministrazione dei seguenti farmaci nel suddetto orario:

Nome commerciale del farmaco.....

Dose e modalità di somministrazione.....

Orario:

1° dose..... 2° dose..... 3° dose..... 4° dose.....

Durata terapia.....

.....

Modalità di conservazione.....

Descrizione dettagliata dell'evento per il quale si richiede la somministrazione del farmaco

.....

.....

Eventuali note di primo soccorso.....

.....

Data timbro e firma del medico