



SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI(salvavita, periodici o continuativi) IN AMBITO SCOLASTICO
RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A.S. 20___/20___

Io sottoscritto
 Genitore/tutore dell'alunno/studente
 Frequentante la classe/sez. 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 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.

Farmaco

Dosi

Orari

Periodo di somministrazione

Modalità di conservazione

Data

- SI AUTORIZZA
- NON SI AUTORIZZA

 Firma dei genitori*

 Firma del Dirigente Scolastico

*Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulle responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

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'a.s. 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