

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Ic Costa di Rovigo Fratta Polesine

Oggetto: **RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto _____
genitore/tutore dell'alunno _____
frequentante la classe/sezione _____
della scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria di _____

CHIEDE

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

oppure

- la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, **come da prescrizione medica allegata** dichiarando che non sono necessarie cognizioni specifiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità.

Autorizza, contestualmente,

il personale scolastico identificato in calce 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 e di seguito descritta.

Farmaco terapeutico SI NO Tipologia Farmaco _____

Farmaco salvavita SI NO Tipologia Farmaco _____

Dosi _____

Orari _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Data _____

Firma di entrambi i genitori

Firma del Dirigente Scolastico
(per presa visione)

Il sottoscritto è consapevole che detta richiesta:

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

Docenti individuati alla somministrazione /Docenti Consiglio di classe:

Data, _____

Firma del Dirigente Scolastico _____