



ISTITUTO COMPRESIVO BEATO CONTARDO FERRINI
 Via Luigia Greppi 19 21057 Olgiate Olona (VA) – tel. 0331 649172
 Codice Ministeriale **VAIC84500V** Codice fiscale **81010310126**
 email **vaic84500v@istruzione.it** P.E.C. **vaic84500v@pec.istruzione.it**
 Sito istituzionale **www.scuoleolgiate.edu.it**



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

Io sottoscrittogenitore/tutore dell'alunno/studente
 frequentante la classe/sezione della scuola primaria /secondaria

CHIEDO

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologia 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 farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

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

Farmaco :

Dosi :

Orari :

Periodo di somministrazione :

Modalità di conservazione :

DataFirma del Genitore/tutore

Visto del Dirigente Scolastico

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'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.

CONSIDERATA L'ASSOLUTA NECESSITA', SI AUTORIZZA LA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA PRESCRITTA IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO.

Data

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
 (Dr. Aniello Della Rocca)