RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

SOMMINISTRAZIONE a minorenni

Anno scolastico ……

Io sottoscritto ……

Genitore/tutore dell'alunno ……

Frequentante la classe/sezione …… della scuola ……

Chiedo

☐ L'autorizzazione ad accedere ai locali scolastici per la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica* in ambito scolastico con frequenza giornaliera/altro (specificare) ……, alle ore ……, come da prescrizione medica emessa dal Dott…….. in data…… (ALLEGATO N.1) da parte di un genitore o delegato (in caso di delegato allegare la delega). Altresì autorizza il personale scolastico incaricato dal Dirigente Scolastico a prendere visione della nota del medico in cui si specifica in base alla patologia quali devono essere i comportamenti di primo soccorso da mettersi in atto in caso di necessità.

☐ La somministrazione allo stesso di terapia farmacologica* in ambito scolastico, come da prescrizione medica emessa dal Dott…….. in data…… (ALLEGATO N.1). **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.

☐ La possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica* in ambito scolastico, come da prescrizione medica emessa dal Dott…….. in data…… (ALLEGATO N.1). Altresì autorizza il personale scolastico incaricato dal Dirigente Scolastico a prendere visione della nota del medico in cui si specifica in base alla patologia quali devono essere i comportamenti di primo soccorso da mettersi in atto in caso di necessità.

***Nome commerciale del farmaco** Dosi, Orari, Periodo di somministrazione e Modalità di conservazione come da prescrizione medica all'ALLEGATO N.1.

NUMERI DI TELEFONO UTILI: FAMIGLIA:…….. MEDICO: …….

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone) **SI** **NO**

Data …… Il genitore/tutore

_____

Visto
Il Dirigente Scolastico

Note

- **La richiesta/autorizzazione deve essere 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.
- Il nome commerciale del farmaco deve corrispondere al nome indicato nella confezione da lasciarsi in custodia a scuola