

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a.....

Genitore/tutore dell'alunno/a.....

Nato/a il.....Luogo di nascita.....

Frequentante la classe/sezione.....

Della Scuola dell'Infanzia.....

CHIEDO

La somministrazione allo stesso di terapia farmacologica salvavita 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 allegata prescrizione medica.

Data.....

Scuola dell'Infanzia "Mons.A.Romanello"

.....
Firma del Genitore/tutore dell'allievo/a

.....
Firma del Dirigente scolastico

NOTE

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.
Essa ha 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.