

RICHIESTA DI AUTO SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/I Sottoscritto/i _____, in qualità di genitore -i /tutore- i
dell'alunno/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via _____
_____ frequentante la classe/sezione _____ della Scuola _____
_____ nell'a.s. **2019 - 2020**

affetto della seguente patologia _____

Comunica/no

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, mediante auto somministrazione, come da prescrizione medica allegata,

Nome del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Orario di somministrazione/dose _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'auto-somministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

_____ da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Firma del Medico Curante

Data _____

_____ Firma del genitore/tutore

_____ Firma 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, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.