RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

(Farmaci occasionali non legati a patologie croniche)

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto _____ Sede di _____

I sottoscritti _____ e _____ (cognome e nome) (cognome e nome)

genitori/tutori dell'alunno/a _____ (cognome e nome)

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

frequentante la classe _____ sezione _____ della scuola _____

nell'anno scolastico _____

CHIEDONO

di autorizzare il/la proprio/a figlio/a all'autosomministrazione, in ambito scolastico, del farmaco _____ nome commerciale del farmaco _____

prescritto dal medico curante, Dr. _____

per la seguente condizione: _____

DICHIARANO

- di essere consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni;
- che il/la proprio/a figlio/a è autonomo/a nell'autosomministrazione del farmaco e pertanto si assume la responsabilità di tale somministrazione;
- di sollevare il personale scolastico da ogni responsabilità derivante dall'autosomministrazione del suddetto farmaco da parte del/la proprio/a figlio/a;
- di impegnarsi a fornire il farmaco alla scuola in confezione integra e di verificarne la scadenza;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di trattamento.

SCHEMA POSOLOGICO

Nome del farmaco: _____

Dose da somministrare: _____

Modalità di somministrazione: _____

Orario/i di somministrazione a scuola: _____

Durata della terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco: _____

Eventuali note/precauzioni: _____

ALLEGANO

- Certificato del medico curante attestante la necessità della somministrazione del farmaco in orario scolastico e l'assenza di controindicazioni all'autosomministrazione;

Numeri di telefono utili:

- Medico curante: _____
- Genitori/Tutori: _____

Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

_____

_____

PARTE RISERVATA ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA

Il Dirigente Scolastico, vista la richiesta presentata:

□ AUTORIZZA l'autosomministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a

□ NON AUTORIZZA l'autosomministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a per i seguenti motivi:

_____

_____

Data _____

Il Dirigente Scolastico

_____