Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. "S. Falco" di Scafati

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Prot. _____ del _____

Cognome Nome (alunno/a) _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita_____

Residente a _____ in Via _____ n° _____

Tel _____Scuola _____ Sezione_____

NECESSITA DELLA SEGUENTE TERAPIA IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO

Nome principio attivo del farmaco _____

Nome commerciale del farmaco _____

Dose e modalità di somministrazione _____

_____

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia _____

_____

_____

Modalità di conservazione _____

_____

Evento per il quale somministrare il farmaco _____

_____

Eventuali note di primo soccorso _____

_____

Modalità di conservazione _____

_____

Data _____ Timbro e firma del Medico

_____

Constatata la necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico

Data _____ Timbro e firma del Dirigente Scolastico

_____

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a _____

☐ Genitore ☐ Tutore ☐ Affidatario dell'alunno/a _____

Nato/a _____ il _____ Luogo di nascita _____

Frequentante la classe _____ sez. _____ dell' I.C. "Samuele Falco" - Scafati

☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria

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 allego prescrizione medica.

Data _____ **Firma Genitori** **Firma del Dirigente**

_____ _____

_____

N.B. SI CHIEDE LA FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI E COPIA DEI RELATIVI DOCUMENTI DI RICONOSCIMENTO.

NEL CASO IN CUI LA RICHIESTA E' FORMULATA DA UN SOLO GENITORE BASTA IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOLO RICHIEDENTE E LA SOTTOSCRIZIONE DELLA SEGUENTE DICHIARAZIONE:

- Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale dell'alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.

Firma

Data _____

_____

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.