

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE  
DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**SOMMINISTRAZIONE a minorenni**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori/tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_  
della scuola d'Infanzia/Primaria \_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

la somministrazione allo stesso/a di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Autorizzano contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico, alla somministrazione del farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui all'allegata prescrizione medica e di seguito descritta :

Farmaco \_\_\_\_\_ Dosi \_\_\_\_\_  
Orari \_\_\_\_\_ Periodo di somministrazione \_\_\_\_\_  
Modalità di conservazione \_\_\_\_\_

Firma dei genitori/tutori \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

**Note**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico :

Essa ha la validità specifica 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.

**DICHIARAZIONE AFFIDAMENTO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la scuola \_\_\_\_\_

con la presente

autorizza la Scuola, per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, ad affidare il suddetto alunno/a alla

Sig./a \_\_\_\_\_

rapporto di parentela \_\_\_\_\_ - altro \_\_\_\_\_

Sig./a \_\_\_\_\_

rapporto di parentela \_\_\_\_\_ - altro \_\_\_\_\_

(specificare età se persona inferiore ai 18 anni – non è possibile designare minori di 14 anni)

all'uscita della scuola :

per l'intero anno scolastico sopra indicato

alle ore ..... del giorno .....

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori/ tutori \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_