

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Io sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____
data di nascita _____
frequentante la classe _____ sezione _____
della scuola _____

chiedo

- ▶ ☐ **la somministrazione** allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

- ▶ ☐ la possibilità che lo stesso si **auto-somministri** la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Farmaco _____

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco salvavita e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica come da allegata prescrizione medica.

Firma del/i genitore/i

Firma del Dirigente Scolastico

Reperibilità tel. _____

Data _____

La richiesta/autorizzazione **va consegnata al Dirigente Scolastico**.
Essa ha **validità per un anno scolastico** ed andrà rinnovata ogni anno scolastico.

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale)
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA
(Adrenalina / Diazepam / Salbutamolo / Glucagone)

COGNOME.....

NOME.....

DATA DI NASCITA.....

PATOLOGIA PRESENTATA.....

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO.....

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

DOSE.....

Data.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO