

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome Nome (Alunno) _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente _____ Telefono _____

Scuola _____ Sezione _____

Necessità della seguente terapia in ambito e orario scolastico

Nome principio attivo e commerciale del farmaco _____

Dose e modalità di somministrazione _____

Durata terapia _____

Modalità conservazione farmaco _____

Evento per il quale somministrare il farmaco _____

Data _____

Timbro e firma del medico

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico.

Data _____

Timbro e firma del CFP

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore/tutore dell'alunno/a _____

Nato/a il _____ Luogo di nascita _____

Frequentante la classe/sezione _____

Chiede

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

Autorizzo

Contestualmente, il personale scolastico alla somministrazione del farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui allegata prescrizione medica.

Data _____

Firma del genitore/tutore _____

Note

La richiesta 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 la durata della terapia.