

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

Anno scolastico

Io sottoscritto

Genitore/tutore dell'alunno

Frequentante la classe/sezione della scuola primaria/infanzia

Chiedo

L'autorizzazione per il giorno _____ alle ore _____ all'ingresso nella Scuola per la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a della terapia farmacologica _____ come da prescrizione medica emessa dal Dott. in data..... .

Contestualmente sollevo il personale scolastico da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui **si allega** prescrizione medica.

NUMERI DI TELEFONO UTILI: FAMIGLIA:..... **MEDICO:**

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

Data

Il genitore/tutore

Visto

Il Dirigente Scolastico – Il Referente di plesso

(...)

Note

- **La richiesta/autorizzazione deve essere 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.
- Il nome commerciale del farmaco deve corrispondere al nome indicato nella confezione.