

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.