

**INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA
IN AMBITO SCOLASTICO**

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Residente Telefono

Scuola Sezione

Necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico

Nome principio attivo del farmaco

Nome commerciale del farmaco

Dose e modalità di somministrazione

.....

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia

.....

Modalità di conservazione.....

.....

Evento per il quale somministrare il farmaco.....

.....

Eventuali note di primo soccorso

.....

Data

Timbro e firma del medico

.....

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA DI
FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a
genitore/tutore dell'alunno/a
nato/a il Luogo di nascita
frequentante la classe/sezione
della scuola d'infanzia/primaria/secondaria

chiedo

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

Autorizzo

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

Data

.....

Firma del genitore/tutore
dell'allievo/a

.....

Firma del Dirigente scolastico

Note

La richiesta/autorizzazione va 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.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.