

**RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA 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
recapiti telefonici

chiedo

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

Autorizzo

il personale scolastico identificato dalla Dirigente Scolastica a somministrare il farmaco secondo le indicazioni presenti nel Piano terapeutico, sollevandolo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

Dichiaro inoltre:

- di essere consapevole che il personale della scuola che somministra il farmaco non ha né competenze né funzioni sanitarie;
- di impegnarmi a fornire alla scuola i farmaci prescritti nel Piano terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola, e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettanti, siringhe, guanti etc);
- di provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- di impegnarmi a comunicare tempestivamente alla Dirigente scolastica eventuali variazioni al Piano terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

Data

.....
Firma del genitore/tutore dell'allievo/a

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

Data

Timbro e firma del Dirigente Scolastico
