

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

L'alunno/a:

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

.....

Oggetto: Richiesta/autorizzazione somministrazione farmaci salvavita in ambito scolastico

I sottoscritti
genitori/tutore dell'alunno/a
nato/a il Luogo di nascita
frequentante la classe/sezione
della scuola d'infanzia/primaria/secondaria

chiedono

la somministrazione all'alunno/a sopracitato/a stesso di terapia farmacologica salvavita in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Autorizzano

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

Il/I sottoscritto/i dichiarano di aver preso visione delle informative privacy pubblicate, ai sensi della normativa vigente, sul sito web della scuola - www.convittonazionalebn.edu.it

Data

.....
Firma dei genitori/tutore

.....
Il Rettore/Dirigente scolastico

SI ALLEGA COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

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.

Il/la sottoscritto/a, padre/madre, consapevole delle responsabilità previste dal vigente ordinamento in materia di dichiarazioni mendaci (articolo 76 DPR 445/2000), dichiara che l'altro genitore è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione e che ha preso visione delle informative privacy pubblicate, ai sensi della normativa vigente, sul sito web della scuola - www.convittonazionalebn.edu.it

Data

.....
Firma del genitore