

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Statale
"A. Moro" Cislago (VA)

Io sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
della classe _____ sez. _____ della Scuola ☐ Primaria ☐ Secondaria

C H I E D O

- ☐ la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica salvavita in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.
- ☐ la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica salvavita in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

A U T O R I Z Z O

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 farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica.

Cislago, _____

(firma del genitore)

(firma del Dirigente Scolastico)

Allegato: autorizzazione per la somministrazione dei farmaci salvavita in ambito scolastico timbrata e firmata dal medico

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.