

	<p>ICS "Erasmo da Rotterdam" Via Giovanni XXIII n.8 – 20080 CISLIANO Tel./Fax 02.9018574 www.albaciscuole.edu.it info@albaciscuole.edu.it MAIL miic86900d@istruzione.it – PEC: miic86900d@pec.istruzione.it C.F. 90015600159 – C.M. MIIC86900D Codice Univoco dell'ufficio UF7PRS</p>	
---	--	--

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "E. da Rotterdam"

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto.....
 Genitore/tutore dell'alunno
 Frequentante la classe/sezione a.s.

Della scuola d'Infanzia/Primaria/Secondaria.....

CHIEDE

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

Autorizza, contestualmente, il personale scolastico identificato in calce dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

Farmaco
 Dosi
 Orari
 Periodo di somministrazione
 Modalità di conservazione

Data	Firma del genitore	Firma del Dirigente Scolastico
------------	--------------------------	--------------------------------------

Il sottoscritto è consapevole che detta richiesta:

- 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 vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

Docenti individuati alla somministrazione /Docenti Consiglio di classe:

.....

 Data Firma del Dirigente Scolastico