

<b>RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI FARMACI</b>
--

Anno scolastico ...../.....

Io sottoscritto .....  
 genitore dello/la studente/essa .....  
 frequentante la classe ..... sezione ..... di questo istituto

**chiedo**

- La somministrazione allo stesso di terapia farmacologica **continuativa** in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.
- La somministrazione allo stesso di terapia farmacologica **occasionale** in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

**Autorizzo**, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione dei farmaci e **sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile** derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta. **La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.**

Farmaco ..... Dose .....

Farmaco ..... Dose .....

Farmaco ..... Dose .....

Periodo di somministrazione .....

Orari .....

Modalità di conservazione dei farmaci .....

Data .....

Firma del genitore/tutore  
 .....

Il Dirigente Scolastico  
 .....

**NOTE**

La richiesta/autorizzazione alla somministrazione di farmaci, inoltrata al DS, ha la validità specificata dalla durata della terapia, rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico.  
**Nel caso di terapia continuativa, la durata è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico.**  
 I farmaci previsti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

