ALLEGATO 6

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI 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

chiedo

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

Autorizzo

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.

Data .....

……... ……

Firma del genitore/tutore scolastico dell'allievo/a

Firma del Dirigente

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.