

Allegato 2: "AUTORIZZAZIONE"

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO SOMMINISTRAZIONE MINORENNI

Al Dirigente Scolastico _____

Il/i sottoscritto/i _____

In qualità di genitore/i -tutore/i dell'alunno/a _____ frequentante

la classe/sezione _____ della scuola _____

nell'anno scolastico _____ Telefono fisso _____ Cellulare _____

Considerati gli interventi di informazione/formazione attuati da _____ in data _____

Preso atto del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno redatto dalla scuola, consegnato alla famiglia in data _____

Autorizza/no

(barrare solo la voce che interessa)

- il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta
- la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata, sotto la vigilanza del personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico

Data.....

FIRMA.....

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, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.