

	 Ministero dell'Istruzione Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia - Ufficio Scolastico Territoriale di Milano Istituto Comprensivo Statale "Don Bosco" Via Palestro, 48 - 20001 Inveruno - (MI) - MIIC84100N Codice univoco fattura elettronica UFL4AY - C.F. 86005010151 Tel. 02 9787585 - C.C.P. n. 10506202 www.icinveruno.edu.it - miic84100n@pec.istruzione.it - miic84100n@istruzione.it	
--	--	---

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO A MINORENNI

Il sottoscritto

Cognome	Nome
------------------	---------------

Genitore dell'alunno

Cognome	Nome		
Scuola	Classe	Sez.	Anno scolastico 202.../202...

CHIEDE

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

AUTORIZZA

- contestualmente, il personale della scuola identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevato dallo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica di seguito descritta.

- la possibilità che lo stesso si autosomministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata se frequentante la scuola secondaria.

Farmaco

.....

Dosi

.....

Orari

.....

Periodo di somministrazione

.....

Modalità di conservazione

.....

Data

.....

Firma del Genitore / Tutore dell'alunno

.....

Note:

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha 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.