

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE  
DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI**

Io sottoscritto .....  
 genitore/tutore dell'alunno/studente.....  
 frequentante la classe/sezione .....  
 della scuola d'infanzia/primaria/secondaria .....

**chiedo**

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica 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 farmacologica di cui alla 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.

**AUTO-SOMMINISTRAZIONE PER MAGGIORENNI**

Io sottoscritto .....  
 frequentante la classe/sezione .....  
 della scuola secondaria .....

**comunico**

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica , come da prescrizione medica allegata.

Farmaco .....  
 Dosi .....  
 Orari .....  
 Periodo di somministrazione .....  
 Modalità di conservazione.....

Data .....

firma del genitore/tutore  
 o dello studente maggiorenne

firma del Dirigente scolastico

**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.