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

***SOMMINISTRAZIONE FARMACI A MINORENNI***

Prot. n………………

**Al Dirigente Scolastico**

**I.S.C.“ Monti Dauni “**

**Celenza Valf.re (FG)**

Il/LaSottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore/tutore dell’alunno/studente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della scuola d’Infanzia/Primaria/Sec. di 1°gr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***CHIEDE***

* la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da

prescrizione medica allegata;

* sia continuata a scuola la terapia prescritta, al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica.
* sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica.
* la possibilità che lo stesso si auto-somministri la 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 farmacologia, di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.*

S’impegna a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di

somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità.

Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Recapiti telefonici:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Celenza Valf.re…………………………

IN FEDE\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro genitore che esercita la patria potestà.