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

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno o dallo studente maggiorenne e consegnare al Dirigente Scolastico)

**Al Dirigente Scolastico**

**I.T.I.S. “MAGISTRI CUMACINI”**

**Como**

[ ]  **SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante per l’a.s. \_\_\_/\_\_\_ la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ dell’I.T.I.S. “MAGISTRI CUMACINI”

**CHIEDONO**

[ ]  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 farmacologia prevista dalla 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ a.s. \_\_\_/\_\_\_ dell’I.T.I.S. “MAGISTRI CUMACINI”

**COMUNICA**

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, 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 prevista dalla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

|  |  |
| --- | --- |
| **Farmaco**  |  |
| **Dosi** |  |
| **Orari**  |  |
| **Periodo di somministrazione**  |  |
| **Modalità di conservazione**  |  |

**Allega**, a tal fine:

* il **certificato medico (SAN\_02)** attestante le condizioni di salute dell’alunno come dichiarate nella presente, correlato dalla **prescrizione del farmaco indispensabile** con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma dei genitori/tutori Firma del Dirigente**

 **o dello studente maggiorenne**