

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORE

Il/La sottoscritto/a _____ padre/madre dell'alunno/a di seguito identificato:

COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
CLASSE	
INDIRIZZO (VIA, N., LUOGO RESIDENZA)	
TELEFONO	
PEDIATRA/MEDICO DI FAMIGLIA	

considerata l'assoluta necessità

di procedere, in base alla relazione allegata dal pediatra/medico di famiglia, alla somministrazione in ambito e orario scolastico del/dei seguente/i farmaco/i:

	NOME COMMERCIALE DEL FARMACO	NOME COMMERCIALE DEL FARMACO
DOSE E MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE		
EVENTO CHE NECESSITA DELLA TERAPIA D'URGENZA		
ORARIO DELLA PRIMA DOSE		
ORARIO DELLA SECONDA DOSE		
ORARIO DELLA TERZA DOSE		
ORARIO DELLA QUARTA DOSE		
DURATA DELLA TERAPIA		
MODALITA' DI CONSERVAZIONE		

chiede

- che il Dirigente scolastico individui tra il personale gli incaricati per effettuare la prestazione, che può essere espletata anche da personale non sanitario e autorizza e solleva tali incaricati da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso
- di poter accedere alla scuola negli orari indicati in tabella per somministrare al minore in oggetto il/i farmaco/i sopra descritto/i

autorizza

- il minore all'autosomministrazione del/dei farmaco/i sopra elencati

Data _____ Firma genitore _____ Firma Dirigente Scolastico _____