



Istituto Comprensivo MANZONI-RADICE

Piazza Di Vagno, 8 - 71036 Lucera (FG) tel. 0881540039 fax 0881540039
e-mail: fgic827004@istruzione.it fgic827004@pec.istruzione.it
Cod.Istituto: FGIC827004 cod.fisc. 91010790714
Site web: www.manzoni-radice.edu.it

RICHIESTA DI AUTO SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/I Sottoscritto/i _____, in qualità di genitore –i /tutore- i
dell'alunno/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via _____
_____ frequentante la classe/sezione _____ della Scuola _____
_____ nell'a.s. _____

affetto della seguente patologia _____

Comunica/no

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

Nome del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Orario di somministrazione/dose _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'auto-somministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Data _____

Firma del Medico Curante

Firma del genitore/tutore

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, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.