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

I sottoscritti/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe\_\_\_\_\_sezione\_\_\_\_

della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiedo**

► **□ la somministrazione** allo stesso di terapia farmacologica in ambito

scolastico, come da prescrizione medica allegata.

► □ la possibilità che lo stesso si **auto-somministri** la terapia farmacologica in

ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

**Farmaco**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorizzo**, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco salvavita e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica come da allegata prescrizione medica.

Firma del/i genitore/i Firma del Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reperibilità tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

La richiesta/autorizzazione **va consegnata al Dirigente Scolastico.**

Essa ha **validità per un anno scolastico** ed andrà rinnovata ogni anno scolastico.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

(Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale)

**PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA**

**(Adrenalina / Diazepam / Salbutamolo / Glucagone)**

**(può essere sostituito dalla Dichiarazione del medico su altra modulistica)**

COGNOME…………………………………………………………………………………….

NOME……………………………………………………………….…………………………..

DATA DI NASCITA…………………………………………………………………………...

PATOLOGIA PRESENTATA………………………………………………………………

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO……………………………………………………...

MODALITA’ DI SOMMINISTRAZIONE ………………………………………………………...

DOSE……………………………………………………………………………………………….…

Data……………………… TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO