

d'uso.

## **Allegato 2: "AUTORIZZAZIONE"**

### **AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO SOMMINISTRAZIONE MINORENNI**

Al Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_

In qualità di genitore/i -tutore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_

della scuola \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_ Tel. di \_\_\_\_\_

Considerati gli interventi di informazione/formazione attuati da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Preso atto del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno redatto dalla scuola, consegnato alla famiglia in data \_\_\_\_\_

#### **Autorizza/no**

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'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.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

#### **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 scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.