

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE  
DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

**SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI**

Io sottoscritto .....  
genitore/tutore dell'alunno/studente .....  
frequentante la classe/sezione .....  
della scuola infanzia/primaria/secondaria .....

**chiedo**

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 farmacologica di cui alla 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 .....  
frequentante la classe/sezione .....  
della scuola secondaria .....

**comunico**

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

---

**Farmaco** .....  
**Dosi** .....  
**Orari** .....  
**Periodo di somministrazione** .....  
**Modalità di somministrazione** .....

Ferno, lì .....

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore/tutore  
o dello studente maggiorenne

\_\_\_\_\_  
Firma del Dirigente Scolastico

**Note**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha 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 vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI  
IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome ..... Nome .....  
Data di nascita ..... residente .....tel. n. ....  
Scuola ..... classe ..... sez. ....

**Necessita della seguente terapia in ambito e in orari scolastici**

Nome commerciale del farmaco .....  
Dose e modalità di somministrazione .....  
Orario 1a dose ..... 2a dose ..... 3a dose..... 4a dose.....  
Durata della terapia .....  
Modalità di conservazione.....

Nome commerciale del farmaco .....  
Evento per il quale somministrare il farmaco.....

Dose e modalità di somministrazione .....  
Eventuali note di primo soccorso.....

Indicare se è stato predisposto un protocollo di intervento e se è stata effettuata la formazione degli operatori scolastici incaricati .....

Modalità di conservazione .....

Luogo e data .....

timbro e firma del medico

.....

---

Constatata l'assoluta necessità, si autorizza la somministrazione della terapia  
prescritta in ambito e orario scolastico

Ferno, lì .....

Timbro e firma del Dirigente Scolastico

.....

Al Dirigente Scolastico  
Ist. Comp. "B. Croce"  
Ferno

CONSEGNA FARMACO

Il/la sottoscritt ... ..... genitore dell'alunn ...

.....

frequentante la Scuola ..... di ..... classe ..... sez. .... ,  
a seguito della *Richiesta di Autorizzazione alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico*, conseguente a certificato medico, presentata in data .....

precisa che

la somministrazione è da effettuarsi con sorveglianza del personale scolastico;

pertanto provvede a consegnare il farmaco ..... ,

la cui confezione riporta la seguente scadenza ..... e per la cui conservazione rimanda alle indicazioni fornite dal medico.

Ferno, lì .....

In fede

.....