

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA AUTO SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Spett.le Scuola professionale Galdus

SOMMINISTRAZIONE a minorenni

Io sottoscritto
genitore/tutore dell'alunno/studente.....
frequentante il corso/annualità
presso l'ente di formazione

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.

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

AUTO-SOMMINISTRAZIONE per maggiorenni

Io sottoscritto
frequentante il corso/annualità
presso l'ente di formazione

comunico

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

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

Note

La richiesta di autorizzazione va consegnata al tutor del corso.
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.

Salvo diversi accordi tra scuola e famiglia, i farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

Data firma del genitore/tutore o dello studente maggiorenne

firma del tutor del corso _____

firma della direzione _____