

Modulo 2: "RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE"

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO (da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico
Prof.ssa Alba Decataldo
Istituto Comprensivo "Massari Galilei"
BARI

Il sottoscritto _____ genitore-tutore dell'alunno/a
_____ nato a _____ il
_____ residente a _____ in via
_____, frequentante la classe _____ di scuola secondaria di
I grado dell'I.C. Massari Galilei, plesso _____, nell'anno scolastico
_____, affetto dalla seguente patologia _____

Comunica

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

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.

Firma del Medico Curante

Data _____

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 vanno lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia. La famiglia verifica la scadenza degli stessi, così da garantire la validità del prodotto d'uso.