

Modulo 2

Modulo 2 : "RICHIESTA AUTO - SOMMINISTRAZIONE"

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno(o dall'alunno se maggiorenne) e da consegnare al Dirigente Scolastico)

RICHIESTA DI AUTO - SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Io sottoscritto _____ in qualità di genitore / tutore
dell'alunno _____
nato/a a _____ il _____
frequentante la classe/sezione _____
della scuola _____ 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/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'auto somministrazione,
secondo l'allegata prescrizione medica di seguito descritta

Da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Data _____

Firma del Medico Curante

Firma del/i genitore/i tutore/i

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 lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia , verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.