

## AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Residente ..... Tel. ....

Scuola ..... Classe .....

Patologia da cui risulta affetto: .....

Constatata l'assoluta necessità, si autorizza la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei seguenti farmaci:

Nome commerciale del farmaco: .....

Dose e modalità di somministrazione: .....

Orario 1ª dose ..... Orario 2ª dose ..... Orario 3ª dose ..... Orario 4ª dose .....

Durata terapia: .....

Modalità di conservazione: .....

Eventuali note: .....

Nome commerciale del farmaco: .....

Evento per il quale somministrare il farmaco: .....

Dose e modalità di somministrazione: .....

Eventuali note di primo soccorso: .....

Modalità di conservazione: .....

Eventuali note:.....

Nome commerciale del farmaco: .....

Evento per il quale somministrare il farmaco: .....

Dose e modalità di somministrazione: .....

Eventuali note di primo soccorso: .....

Modalità di conservazione: .....

Eventuali note:.....

Data .....

Timbro e firma del medico

---

# Richiesta per la somministrazione di farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario e ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo Roseto 1

I sottoscritti \_\_\_\_\_ in qualità di genitori/tutori  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che può legittimamente non acconsentire alla somministrazione di farmaci, vista la specifica patologia dell'alunno/a

(barrare la scelta)

## CHIEDONO

che allo studente sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da **autorizzazione medica allegata** e a tal fine

## AUTORIZZANO

Il personale scolastico appositamente individuato della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

OPPURE

## CHIEDONO

che sia consentito l'accesso al/ai sottoscritto/i o alle seguenti persone \_\_\_\_\_  
per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da **autorizzazione medica allegata**, nei seguenti giorni ed orari: \_\_\_\_\_

OPPURE

## AUTORIZZANO

Il minore stesso alla autosomministrazione del/dei farmaco/i come indicato.

(IN TAL CASO DICHIARANO DI AVER ISTRUITO ADEGUATAMENTE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A SULL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DEL/DEI FARMACO/I E DI AVER VERIFICATO CHE LO/LA STESSO/A E' IN GRADO DI POTER AGIRE IN AUTONOMIA)

I sottoscritti:

- **si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia;**
- **consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.**
- consegnano i seguenti farmaci:

n. \_\_\_ confezione/i di \_\_\_\_\_ (scadenza \_\_\_\_\_) conservazione \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_ confezione/i di \_\_\_\_\_ (scadenza \_\_\_\_\_) conservazione \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_ confezione/i di \_\_\_\_\_ (scadenza \_\_\_\_\_) conservazione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori/tutori  
\_\_\_\_\_

Oppure

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la suesposta dichiarazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore/tutore  
\_\_\_\_\_

Per eventuali comunicazioni: telefono fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_