

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**  
Somministrazione a minorenni

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. "Puccini 4 CD"

Il/I sottoscritto/i \_\_\_\_\_

genitore/i/tutore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe

\_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

Tel .fisso \_\_\_\_\_ Tel. Cell. \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA/NO**

- il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione e di seguito descritta;
- la possibilità che il proprio figlio si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Data \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la potestà genitoriale:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La richiesta/autorizzazione va consegnata alla segreteria scolastica. Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. 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.