

# RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
data di nascita \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_

**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.

Farmaco \_\_\_\_\_

**Autorizzo**, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco salvavita e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica come da allegata prescrizione medica.

Firma del/i genitore/i

Firma del Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reperibilità tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.  
Essa ha validità per un anno scolastico ed andrà rinnovata ogni anno scolastico.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**  
(Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale)  
**PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA**  
(Adrenalina / Diazepam / Salbutamolo / Glucagone)

COGNOME.....

NOME.....

DATA DI NASCITA.....

PATOLOGIA PRESENTATA.....

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO.....

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE .....

DOSE.....

Data.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO