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

II/la sottoscritto/a	,in qualità di genitore/tutore
II/la sottoscritto/a	, in qualità di genitore/tutore
	nato ailresidente a _frequentante la classe/sezione
	nell'anno scolastico
	Comunica
come da prescrizione medica all Nome del Farmaco Modalità di somministrazione	o scolastico la terapia farmacologica, mediante auto somministrazione, gata.
	Autorizza/no
•	ificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'auto- gata prescrizione medica e di seguito descritta
da effettuarsi nell'apposito local	individuato dalla scuola.
Data	
	firma del genitore/tutore o dello studente maggiorenne
	firma del genitore/tutore o dello studente maggiorenne

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.