Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Colmurano

Oggetto: **autorizzazione per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico**

I sottoscritti, _____ e _____

genitori/tutori dell'alunn_____ _____

frequentante la classe/sezione _____ presso la Scuola _____

di _____,

**CHIEDONO**

- la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica salvavita in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata;
- la conservazione del farmaco in ambito scolastico.

Autorizzano contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica.

Allegano:

- certificazione medica;
- relazione del medico curante sulle modalità di somministrazione del farmaco stesso.

Luogo e data _____ , _____

_____ e _____

Firma del padre Firma della madre

---

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 vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.