d'uso.

## Allegato 2: "AUTORIZZAZIONE"

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE**
**DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**
SOMMINISTRAZIONE MINORENNI

Al Dirigente Scolastico _____

Il /i sottoscritto/i_____
In qualità di genitore/i -tutore/i dell'alunno/a _____
frequentante la classe/sezione _____
della scuola _____nell'anno scolastico_____
Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____ Tel. di _____
Considerati gli interventi di informazione/formazione attuati da _____in data____
Preso atto del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno redatto dalla scuola, consegnato alla famiglia in data_____

**Autorizza/no**

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Data _____ FIRMA _____

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 scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.