

Allegato 3: “RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE”

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO PER MAGGIORENNI

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____
frequentante la classe/sezione _____
della scuola secondaria _____ nell'anno scolastico _____
affetto dalla seguente patologia _____

Comunico

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica , come da prescrizione medica allegata.

Nome del Farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Orario di somministrazione/dose _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l’auto-somministrazione, secondo l’allegata prescrizione medica e di seguito descritta

da effettuarsi nell’apposito locale individuato dalla scuola.

Data _____

firma del genitore/tutore
o dello studente maggiorenne

firma del Dirigente scolastico

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.