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

Io sottoscritto _____, in qualità di genitore/tutore dell'alunno (Cognome e Nome)_____nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____frequentante la classe/sezione _____
della scuola secondaria _____ nell'anno scolastico_____
affetto dalla seguente patologia_____

Comunica

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, mediante auto somministrazione, 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.

Firma del Medico Curante

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

Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche REGIONE PUGLIA