Somministrazione Farmaci
in ambito scolastico

Il sottoscritto

Dati Genitore			
Cognome:		**Nome:**	
Nato/a a:		**il:**	
Residente in:			
Codice Fiscale:			

Genitore dell'alunno/a

Dati Alunno/a			
Cognome:		**Nome:**	
Classe Freq.		**Sezione:**	
Scuola	Infanzia [ ]	Primaria [ ]	Secondaria 1° Grado [ ]

Richiede

Terapia		
Periodo	Dalla data: / /	Alla data: / /
[ ]	La somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata. Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico, identificato dalla Coordinatrice delle Attività didattica, alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta:	
	Indicare il farmaco, la posologia e in caso di somministrazione solo in determinati casi, descrivere in quale caso.	
[ ]	La possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.	
[ ]	Per la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata, l' autorizzazione all' accesso ai locali scolastici durante l' orario scolastico per la/il sottoscritta/o, per l' altro genitore esercente la patria potestà e per le persone da me delegate, delle quali allego delega e copia del documento di identità. Sollevo la scuola da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.	

Firme			
Data:	/ /	**Genitore/Tutore**	
Data:	/ /	Per Autorizzazione **Coord. Attività Didattica**	

Istituto Comprensivo Paritario Madri Pie Franzoniane
Via Gaggiola 3 La Spezia 19122 (SP) Tel. 0187 743230 madripielaspezia@libero.it www.istitutomadripiefranzoniane.it
CF/P.IVA 00884220104 - Cod.Min. SP1A00100E - SP1E003004- SP1M00200D