

Oggetto: richiesta autorizzazione autosomministrazione di terapia ciclica in ambito scolastico

IL/La sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____
frequentante nell'a.s. _____ la classe _____ sezione _____
nella scuola Primaria Secondaria di primo grado

CHIEDE

di **AUTORIZZARE IL PROPRIO FIGLIO AD AUTO-SOMMINISTRARE LA TERAPIA FARMACOLOGICA** in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata a di seguito descritta.

DICHIARA DI SOLLEVARE IL PERSONALE SCOLASTICO DA OGNI RESPONSABILITA' PENALE E CIVILE DERIVANTE DALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE RICHIESTA.

DESCRIZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA

Farmaco _____
Dosi _____
Orari _____
Periodo di somministrazione _____
Modalità di conservazione _____

Firma del genitore

Data _____

Firma del Dirigente Scolastico per accettazione

Note importanti

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico

Essa ha la validità specificata dalla durata terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che deve essere specificata, la validità della richiesta/autorizzazione è per l'anno scolastico nel quale viene presentata e andrà rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico.