

CERTIFICAZIONE E AUTORIZZAZIONE

L'alunnonato ilnecessita della seguente terapia farmacologica, ritenuta di assoluta necessità e che non ha alternative alla somministrazione in orario scolastico:

	NOME COMMERCIALE DEL FARMACO	EVENTO CHE DETERMINA L'ESIGENZA DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO
Dose e modalità di somministrazione		
ORARIO DELLA 1° DOSE		
ORARIO DELLA 2° DOSE		
ORARIO DELLA 3° DOSE		
ORARIO DELLA 4° DOSE		
DURATA DELLA TERAPIA		
MODALITA' DI CONSERVAZIONE		

Data.....

Firma e timbro del medico.....

I genitori dell'alunno/a di seguito identificato/a

COGNOME
NOME
DATA DI NASCITA
INDIRIZZO
TELEFONO REPERIBILE
SCUOLA
CLASSE
DIRIGENTE SCOLASTICO

Considerata l'assoluta necessità di terapia farmacologica da eseguirsi in ambito ed orario scolastico, **autorizzano** il Dirigente scolastico a provvedere all'attuazione della prescrizione e sollevano il personale scolastico o volontario da ogni responsabilità sanitaria derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica prevista dalla prescrizione sopra riportata.

DATA	FIRMA DEI GENITORI	FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

PRO MEMORIA PER I GENITORI

- 1. L'autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico**
- 2. L'autorizzazione va rinnovata ad inizio di ogni ciclo scolastico e in corso dello stesso solo se necessario.**
- 3. I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.**
- 4. Ai fini dell'autorizzazione va utilizzato il modulo allegato.**
- 5. Nella compilazione del modulo occorrerà fare attenzione ad esplicitare in modo leggibile e senza possibilità di equivoci e/o errori:**
 - nome e cognome dello studente**
 - nome commerciale del farmaco**
 - descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco**
 - dose di farmaco da somministrare**
 - modalità di somministrazione del farmaco**
 - modalità di conservazione del farmaco**
 - durata della terapia**