



REPUBBLICA ITALIANA - REGIONE SICILIANA
MINISTERO ISTRUZIONE UNIVERSITA' E RICERCA
DIREZIONE DIDATTICA STATALE
 1° CIRCOLO

Via Emanuele Bellia n° 166 - 95047 Paternò (CT)
 Tel.095/842677 - Fax 095/859773 - Email CTEE06700T@ISTRUZIONE.IT
 P.E.C.: ctee06700t@pec.istruzione.it
 Sito web: www.primocircolopaterno.gov.it

Allegato 2

Al Dirigente Scolastico del I.C.D. "G. Lombardo Radice" Paternò

Richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci da parte di personale scolastico in orario scolastico

Il /La sottoscritto/a

.....Genitore/Tutore dell'alunno/a.....

Frequentante nell'a.s. la classe/sezione della Scuola : dell'Infanzia Primaria

p l e s s o: Centrale Via Studi

CHIEDE

La somministrazione allo stesso di terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata

AUTORIZZA

Contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del/dei farmaco/i e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

Farmaco.....

Dosi.....

Orari.....

Periodo di somministrazione.....

Modalità di conservazione.....

Data,

Firma del genitore.....

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 vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.