**MODULO AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………

genitore/tutore dell’alunno/a ……………………….………………………………………………………

nato/a il …………………………………. Luogo di nascita ……………………………………………

frequentante la classe/sezione ..…………………….……………………………………………………

della scuola d’infanzia/primaria/secondaria …………………..……………………………………

chiedo

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata. Autorizzo contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica.

Data ………………….

Firma del genitore/tutore………………………………………….

***(indicare tipo e numero di documento identificativo depositato a scuola o, in essenza allegare alla presente copia del documento)***

Firma del Dirigente scolastico…………………………………………………..

Note La richiesta/autorizzazione 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.