

|                                                                                                                         |                                                                                                   |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|  <p><b>ISTITUTO<br/>LEONE XIII</b></p> | <p align="center"><b>AUTORIZZAZIONE ALLA<br/>SOMMINISTRAZIONE CONTINUATIVA<br/>DI FARMACI</b></p> | <p align="center"><b>MOD.5.2-6</b></p> |
|                                                                                                                         |                                                                                                   | <p align="center">Rev.09/2025</p>      |

A seguito della richiesta del \_\_\_\_\_, inoltrata dai genitori di:  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

il Coordinatore Didattico (o suo delegato), il personale della scuola, il medico di comunità e i genitori si sono riuniti ed accordati in data odierna circa la possibilità e la modalità di conservazione e somministrazione del farmaco a scuola.

Luogo di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_

Eventuali modalità particolari da osservare nella somministrazione:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I genitori autorizzano il personale della scuola a somministrare e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| Il Medico scolastico                  | _____ |
| Il Coordinatore didattico             | _____ |
| Il Personale della scuola (qualifica) | _____ |
| I genitori                            | _____ |
|                                       | _____ |

Si allega:

- Certificato del medico curante o Centro specialistico di riferimento che indica la prescrizione del farmaco (sottolineandone il carattere di necessità) e la posologia necessaria
- Richiesta dei genitori

Milano, \_\_\_\_\_