

 ISTITUTO LEONE XIII	AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE TEMPORANEA DI FARMACI	MOD.5.2-7
		Rev.09/2025

Noi sottoscritti _____
e _____,
genitori dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ della scuola _____

CHIEDIAMO

- ☐ la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.
Autorizziamo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Coordinatore didattico 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 e di seguito descritta.
- ☐ la possibilità che lo/a stesso/a si auto-somministri la terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medico allegata.

AUTO-SOMMINISTRAZIONE per maggiorenni

Io sottoscritto _____
frequentante la classe / sezione _____
della scuola secondaria _____

comunico

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, come da prescrizione medica allegata.

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

Milano, _____

Firma dei genitori _____

Firma del Coordinatore didattico _____

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Coordinatore didattico. Essa ha la validità specifica 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 alla scuola per tutta la durata della terapia.