

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN  
AMBITO SCOLASTICO  
SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI**

Io sottoscritto .....genitore/tutore dello  
studente.....frequentante la classe .....della scuola 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 farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

---

Farmaco .....  
Dosi .....  
Orari .....  
Periodo di somministrazione .....  
Modalità di conservazione.....  
Data .....  
Firma del genitore/tutore.....  
Firma del Dirigente scolastico.....

Farmaco .....  
Dosi .....  
Orari .....  
Periodo di somministrazione .....  
Modalità di conservazione.....  
Data .....  
Firma del genitore/tutore.....  
Firma del Dirigente scolastico.....

**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.

## AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Residente ..... Telefono .....

Scuola ..... Classe .....

Necessità della seguente terapia in ambito e orario scolastico

Nome commerciale del farmaco .....

Dose e modalità di somministrazione .....

Orario 1a dose ..... 2a dose ..... 3a dose ..... 4a dose .....

Durata terapia.....

Modalità di conservazione.....

.....

Nome commerciale del farmaco .....

Evento per il quale somministrare il farmaco.....

.....

Dose e modalità di somministrazione .....

Eventuali note di primo soccorso .....

.....

Indicare se è stato predisposto un protocollo di intervento e se è stata effettuata la  
formazione degli operatori scolastici incaricati.....

.....

Modalità di conservazione.....

.....

Data ..... Timbro e firma del medico

Constatata l'assoluta necessità, si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico.

Data Timbro e firma del Dirigente Scolastico

### 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.