Allegato 3: "RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE"

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO PER MAGGIORENNI

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____
frequentante la classe/sezione _____
della scuola secondaria _____ nell'anno scolastico_____
affetto dalla seguente patologia_____
Comunico
la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica , come da prescrizione medica allegata.
Nome del Farmaco _____
Modalità di somministrazione _____
Orario di somministrazione/dose_____
Periodo di somministrazione _____
Modalità di conservazione_____

Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'auto-somministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

_____

da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Data _____

_____ _____
firma del genitore/tutore firma del Dirigente scolastico
o dello studente maggiorenne

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, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.
La scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.