**MODULO 1**

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA**

**IN AMBITO SCOLASTICO**

(da compilarsi a cura del **Medico Curante**)

Cognome Studente……………………………………………………..

Nome Studente …….………………..…………………….…………

Data di nascita ……………….……………………………… Luogo di nascita ………………………………………………….

Residente …………………..……………………………………………………………….. Telefono ………….………..........

Scuola ……………………….………………..……………………….. Sezione ……………………………………………….…………

**Necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico**

Nome principio attivo del farmaco ………………………………………………………………………….……....

Nome commerciale del farmaco ………………………………………………………………………….……....

Dose e modalità di somministrazione ………………………..…………….…………………………………..……..

………..…….…………………..…………………………………………………………………………………………………………………….

………..…….…………………..…………………………………………………………………………………………………………………….

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia …………...…………………………………………………….......

………..…….…………………..…………………………………………………………………………………………………………………….

………..…….…………………..…………………………………………………………………………………………………………………….

Modalità di conservazione…………………….…………………………………………………………………………………….……

………………………………………………………………………..…………………………………………………………………..…………..

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..

Eventuali note di primo soccorso ………………………………………….………………………………………….……………

…………………………………………………………………………………………..………………………………………………..…………..

Modalità di conservazione …………………..…………………………………….…………………………………………………

………………………………………………………………….………………………………………………………………………..…………..

Data ……………………………….. Timbro e firma **del medico** …………………………………………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Constata l’assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico**

Data Timbro e firma del Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODULO 2**

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA**

**IN AMBITO SCOLASTICO**

(da compilarsi a cura della Famiglia)

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 salvavita 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 dell’allievo/a ………………………………………………..

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.