



MODULO

MO - 22.41

SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Rev.1
Data 15-10-10

Pagina
1 di 2

Da:	GENITORI DELL'ALUNNO:
A:	COORDINATORE SCOLASTICO - PROF. MASSIMO COLCIAGO
Oggetto:	RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
Data:	00/00/0000
File:	SOMMINISTRAZIONE..FARMACI.MO-22.41

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO A.S. _____ - _____

Il/i sottoscritto/i

genitore/i dell'alunno

frequentante la classe sezione della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria **S. Luigi**

CHIEDE/CHIEDONO

- la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Autorizza/no, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e solleva/no 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 (soltanto in caso di particolari condizioni) si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata .

Farmaco					
Dosi					
Orari					
Periodo di somministrazione					
Modalità di conservazione					

DATA	IL GENITORE/TUTORE	IL COORDINATORE SCOLASTICO
------	--------------------	----------------------------

Rif.: Protocollo d'intesa, tra CSA Milano e A.S.L. Milano 1, per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico 01-07-2005

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.

DATA	00-00-0000	Compilato da:	GENITORE/I	Firma	
------	------------	---------------	------------	-------	--



MODULO

MO - 22.41

SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Rev.1
Data 15-10-10

Pagina
2 di 2

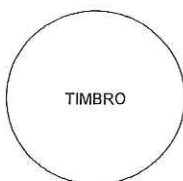
AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	data di nascita	
Residente in	Via	Tel.
Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria 1°Gr. S. LUIGI	Classe	Sez.
Coordinatore Scolastico	Prof. Massimo Colciago	

Constata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito e orario scolastico dei seguenti farmaci:

Nome commerciale del farmaco				
Evento				
Durata della terapia				
Dose e modalità di somministrazione				
Orario di somministrazione				
Periodo di somministrazione				
Modalità di conservazione				
Eventuali note di primo soccorso				

Data		Firma del medico	
------	--	------------------	--



TIMBRO