

LIBERATORIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Io sottoscritto _____
 genitore dell'alunno _____ nato a _____ il _____
 frequentante la classe _____

CHIEDO

Di voler somministrare a mio figlio la seguente terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione 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.

NOME FARMACO	
POSOLOGIA	
SOMMINISTRAZIONE REGOLARE INDICARE GIORNI ED ORARI	
AL BISOGNO DESCRIVERE CIRCOSTANZE IN CUI SOMMINISTRARE	

- La somministrazione della suddetta terapia farmacologica in ambito scolastico (incluse gite e campi scuola) come da prescrizione allegata. Sollevo la scuola 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 allegata.

DATA _____ Firma del genitore/tutore _____

La richiesta/autorizzazione ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno 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 vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.