

Allegato 4

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura del Dirigente scolastico/Responsabile di struttura educativa
e da adeguare al singolo caso)

Al personale della Scuola/Struttura
educativa coinvolto.

cl./sez. _____

Scuola _____

A seguito della richiesta del _____ inoltrata dai genitori/o da chi esercita la potestà genitoriale di
_____ cl./sez. _____ Scuola/Struttura educativa _____,
il Dirigente Scolastico/Responsabile, il personale della scuola/struttura educativa ed i genitori si
sono accordati circa la possibilità e la modalità di somministrazione e conservazione dei farmaci a
scuola.

Farmaco: _____, conservato _____ del plesso _____

Farmaco: _____, conservato _____ del plesso _____

Per la somministrazione attenersi alle prescrizioni mediche allegate.

***I genitori o chi esercita la potestà genitoriale autorizzano il personale in indirizzo ad
applicare la procedura e sollevano detto personale da ogni responsabilità derivante dalla
somministrazione del farmaco stesso.***

La famiglia è disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

tel./cell. _____ tel./cell. _____

Il Genitore*/ o chi esercita la potestà genitoriale

il Dirigente Scolastico

* consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.

Il personale della Scuola/Struttura educativa:
