

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico  
e p.c. A.S.L. Lomazzo

I/il sottoscritto.....  
Reperibile al numero di Tel.....  
Genitori/e dell'alunno Cognome.....Nome.....  
Nato/a il.....a.....  
Residente in.....  
Frequentante la scuola.....di.....  
Sezione/classe.....

Considerata l'assoluta necessità di terapia farmacologia da eseguirsi in ambito ed orario scolastico.  
Autorizzano il Dirigente Scolastico e sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità  
sanitaria derivante dalla somministrazione della terapia e di seguito descritta:

Nome commerciale del farmaco.....  
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

Orario della somministrazione.....  
Durata della terapia.....  
Modalità di conservazione del farmaco.....

Data.....Firma dei genitori.....

Nome del personale autorizzato.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(a cura del Dirigente Scolastico)

Firma del Dirigente Scolastico.....