



.....Istituto Professionale di Stato Servizi per l'Enogastronomia e l'Ospitalità.....
.....Crdgti j lgtc' \$I 00 kpwq\$"

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

I sottoscritti:

Cognome Nome
residente in indirizzo tel.

Cognome Nome
residente in indirizzo tel.

genitori dell'alunno luogo e data di nascita
frequentante la classe sezione dell'I.P.S.S.E.O.A. "G.Minuto" di Massa

o, se l'alunno è maggiorenne:

.... sottoscritt nat... a

residente a indirizzo frequentante la classe sezione
dell'I.P.S.S.E.O.A. "G.Minuto" di Massa

.....

la somministrazione all ... stess ... di terapia farmacologica salvavita in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

.....

contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco/dei farmaci e solleviamo/sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica.

Dichiaro/dichiaro altresì di consegnare la confezione del farmaco integra e a norma.

Data

Firma dei genitori//tutore/i

Firma del Dirigente scolastico

Prof.ssa Maria Ramunno

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 vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia