

# SCUOLA DELL'INFANZIA "PROVERA"

## NIDO INTEGRATO "I CUCCIOLI"

Sede Operativa: Via Redipuglia, 23/A \* 31100 TREVISO \* Tel. e Fax: 0422.400402 \*

Sede legale: Parrocchia San Michele Arcangelo in Sant'Angelo e Santa Maria sul Sile

Via Santa Maria del Sile 15/A \* 31100 Treviso

C.F. 80010130260 P.I. 01968900264

e.mail: [segreteria@scuolaprovera.it](mailto:segreteria@scuolaprovera.it) sito internet: [www.asiloicuccioli.it](http://www.asiloicuccioli.it)

### **AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA**

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Residente ..... Telefono .....

Scuola ..... Sezione .....

#### **Necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico**

Nome principio attivo del farmaco .....

Nome commerciale del farmaco .....

Dose e modalità di somministrazione .....

.....  
.....

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia .....

.....  
.....

Modalità di conservazione.....

.....

Evento per il quale somministrare il farmaco.....

.....

Eventuali note di primo soccorso .....

.....

Modalità di conservazione .....

.....

Data .....

Timbro e firma del medico

.....

**Constata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico**

Data

Timbro e firma del Dirigente Scolastico

.....

.....

# SCUOLA DELL'INFANZIA "PROVERA"

## NIDO INTEGRATO "I CUCCIOLI"

Sede Operativa: Via Redipuglia, 23/A \* 31100 TREVISO \* Tel. e Fax: 0422.400402 \*

Sede legale: Parrocchia San Michele Arcangelo in Sant'Angelo e Santa Maria sul Sile

Via Santa Maria del Sile 15/A \* 31100 Treviso

C.F. 80010130260 P.I. 01968900264

e.mail: [segreteria@scuolaprovera.it](mailto:segreteria@scuolaprovera.it) sito internet: [www.asiloicuccioli.it](http://www.asiloicuccioli.it)

### **AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA**

Il/La sottoscritto/a .....

genitore/tutore dell'alunno/a .....

nato/a il ..... Luogo di nascita .....

frequentante la classe/sezione .....

della scuola d'infanzia/primaria/secondaria .....

#### **chiedo**

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

Data .....

.....  
Firma del genitore/tutore  
dell'allievo/a

.....  
Firma del Dirigente scolastico

#### **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.