



.....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



Istituto Professionale di Stato Servizi per l'Enogastronomia e l'Ospitalità  
Alberghiera "G. Minuto"

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

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 curante