ISTITUTO COMPRENSIVO *MARCO POLO*
Via Luigi Fabbri, 1 - 60044 **FABRIANO** (AN)
Tel. 0732 21971 Fax 0732 4797 C.F. 90016680424
sito web: ***icmpolo.edu.it*** e-mail: ***anic84600e@istruzione.it*** PEC: ***anic84600e@pec.istruzione.it***

Al Dirigente Scolastico
dell'IC "Marco Polo" – Fabriano

Oggetto: richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico

I sottoscritti _____ genitori di _____nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____n. _____
frequentante la classe _____ della scuola _____
dell'Istituto Comprensivo "Marco Polo" di Fabriano

CHIEDONO

la possibilità di somministrare allo stesso la necessaria terapia farmacologia in orario scolastico, **come da prescrizione allegata**.
Congiuntamente alla richiesta il/la sottoscritto/a inoltre **DICHIARA** (*barrare le voci di interesse*)

- ☐ di **somministrare personalmente** al proprio figlio la necessaria terapia farmacologica in orario scolastico, previa autorizzazione ad accedere all'edificio scolastico
- ☐ di **autorizzare**, in quanto impossibilitato a recarsi a scuola, **il personale scolastico** identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta, sollevando lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante
- ☐ di **autorizzare il proprio figlio** ad auto-somministrarsi la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata e di seguito descritta

DESCRIZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA

Farmaco: _____
Dosi: _____
Orari: _____
Periodo di somministrazione: _____
Modalità di conservazione: _____
Medico proscrittore:_____
Mamma cell.: _____ papà cell.: _____

Eventuali reazioni che insorgessero a seguito della somministrazione, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica, non potranno essere attribuite a chi si è fatto carico della stessa e sollevo detto personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione.

Fabriano, _____ Firma dei genitorI

_____

_____

Firma del Dirigente Scolastico

_____

Note importanti
La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.
Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico.
Nel caso di necessità di terapia continuativa, che deve essere specificata, la validità della richiesta /autorizzazione è per l'anno scolastico nel quale viene presentata e andrà rinnovata all'inizio di ogni 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.