

OGGETTO: Autorizzazione alla somministrazione di farmaci per trattamento d'urgenza.

I sottoscritti..... e

genitori dell'alunno/a.....

iscritto/a alla scuola....., classe..... sez.....

DICHIARANO

che il proprio figlio/a.....

è affetto da

.....

CHIEDONO

che in caso d'urgenza dovuta a.....

e che si manifesta con la seguente sintomatologia:.....

.....

(descrivere brevemente la situazione d'urgenza)

venga somministrato allo stesso/a il farmaco

.....

come prescritto nel certificato medico allegato alla presente.

AUTORIZZANO

☐ il personale docente e non docente in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra

☐ ad assistere all'autosomministrazione del farmaco stesso

ESONERANO

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allegano a tal fine:

☐ Il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente;

☐ La prescrizione del farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiarezza

specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;

☐ Dichiarazione a firma del medico curante che il farmaco può essere somministrato anche da personale privo di competenze specifiche in materia.

Consegnano:

☐ Il farmaco per trattamento d'urgenza;

☐ Altro:

Data

Firma dei genitori

OGGETTO: **Dichiarazione medica.**

Il sottoscritto dott.
medico curante dell'alunno/a.....
nato/a ail
iscritto alla scuola.....classe.....sez.....

DICHIARA

che l'alunno/a è affetto da.....
.....

e pertanto in caso di "urgenza" e precisamente (descrivere brevemente i sintomi di una
"crisi"):

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

è necessario che venga somministrato il farmaco.....

nella seguente posologia.....

e con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione.....

.....
.....

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non comporta particolari inconvenienti dal
punto di vista clinico e pertanto il personale scolastico, presente al momento dell'urgenza,
può somministrare il farmaco pur essendo privo di competenze specifiche in materia
sanitaria.

Data e firma

.....