

**Allegato 3: “AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE”**

Al Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

Il /i sottoscritto/i

Nome-Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nome-Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

In qualità di genitore/i -tutore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ del Liceo P Sarpi nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Telefono fisso \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Preso atto del Protocollo scolastico o del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno/a redatto dalla scuola e consegnato alla famiglia e reperibile sul sito scolastico

**A) Autorizza/no**

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico, nella figura dei docenti del CdC e dei collaboratori scolastici addetti al Pronto Soccorso, alla somministrazione del farmaco, come da prescrizione medica allegata.

Genitori/tutore: Nome-Cognome \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Nome-Cognome \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

**B) Comunica/no (autosomministrazione)**

La necessità di assumere, in ambito scolastico, autonomamente, la terapia farmacologica come da prescrizione medica allegata.

Autorizza/no l'alunno alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica

Genitori/tutore: Nome-Cognome \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Nome-Cognome \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

**Note**

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

Data \_\_\_\_\_

**Firma del Dirigente** \_\_\_\_\_