



# SCUOLA PARITARIA PRIMARIA

## "A. LIMONTA"

Via Tagliamento, 12 - 20139 Milano  
TEL 02.55230689 - e-mail limontadonzelli@fdcc.org

### AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a .....

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

nato/a il ..... luogo di nascita .....

frequentante la classe... ..

della scuola primaria "A. Limonta" chiedo la somministrazione allo/a stesso/a di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da allegata prescrizione medica.

**Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico e dalla docente di classe alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica come da allegata prescrizione medica.**

Data .....

.....

.....

Firma del genitore/tutore dell'allievo/a

Firma del Coordinatore Didattico

#### 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.