



Regione
Lombardia

ASL Mantova

RICHIESTA ed AUTORIZZAZIONE

alla somministrazione farmaci in ambito scolastico

I sottoscritti genitore/tutore legale del minore
.....

Frequentante la classe/sezione

della scuola

chiedono

- la somministrazione allo stesso di terapia farmacologia continuata in ambito scolastico, come da prescrizione medica rilasciata in data dal dottor e che allego.
- la somministrazione allo stesso, in ambito scolastico, di terapia farmacologia al bisogno come da prescrizione medica rilasciata in data dal dottor e che allego.

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia di seguito descritta.

la possibilità che lo stesso si autosomministri la terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medica in mio possesso.

in via continuativa al bisogno

Farmaco

Dosi

Orari (se continuativa)

Oppure in caso di

Modalità di conservazione

Con la presente acconsento anche al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Data.....

.....
(Firma dei genitori o di chi ne fa le veci)

Area Promozione della Salute – Dipartimento di Prevenzione Medico
via dei Toscani, 1- 46100 Mantova – Edificio 6 – Tel. 0376 334406 - 3351279132 - e-mail emanuela.anghinoni@aslmn.it

ASL Mantova - Sede Legale - via dei Toscani, 1 - 46100 Mantova - Tel. 0376 3341 - www.aslmn.it - CF/PI 01838560207