



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](mailto:emanuela.anghinoni@aslmn.it)