



**Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca**

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
Via Roma 51 - 20014 Nerviano (MI)  
Tel: 0331587220 - Fax: 0331584028  
[miic85300x@istruzione.it](mailto:miic85300x@istruzione.it)  
[www.viadeiboschi.gov.it](http://www.viadeiboschi.gov.it)  
[miic85300x@pec.istruzione.it](mailto:miic85300x@pec.istruzione.it)

**MODULO DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO**

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Residente ..... Telefono .....

Scuola ..... Sezione .....

**Necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico**

Nome principio attivo del farmaco .....

Nome commerciale del farmaco .....

Dose e modalità di somministrazione .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Modalità di

conservazione.....

.....

.

Evento per il quale somministrare il  
farmaco.....

.....

.

Eventuali note di primo soccorso

.....

.....

.

Modalità di conservazione .....

.....

.

Data ..... Timbro e firma del medico

.....

**Constata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta  
in ambito e orario scolastico**

Data Timbro e firma del Dirigente Scolastico

## SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a .....  
genitore/tutore dell'alunno/a .....  
nato/a il ..... Luogo di nascita .....  
frequentante la classe/sezione .....  
della scuola d'infanzia/primaria/secondaria .....

### chiedo

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica salvavita in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

### 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 farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica.

Data .....

.....  
Firma del genitore/tutore    Firma del Dirigente scolastico dell'allievo/a

### 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.

**N:B TALE MODULO DOVRA' ESSERE ACCOMPAGNATO DA OPPORTUNA CERTIFICAZIONE MEDICA**

