



**LICEO ARTISTICO STATALE "ENZO ROSSI"**

VIA DEL FRANTOIO, 4 - 00159 ROMA - TEL. 06/121123145 - 06/4074319  
DISTRETTO 13 - COD. MIN. RMSD06000G - RMSD06001L (SEDE CARCERARIA REBIBBIA)  
RMSD060501 (PERCORSO II° LIVELLO) C. F. 80203770583  
www.liceoartisticoenzorossi.it - e mail: rmsd06000g@istruzione.it  
SEDE STACCATA "Henri Matisse" Cave (RM) - SEDE STACCATA "C. C. F. Rebibbia"

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA  
IN AMBITO SCOLASTICO**

**MODULO 1**

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 .....

.....  
.....

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia .....

.....  
.....

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



**LICEO ARTISTICO STATALE "ENZO ROSSI"**

VIA DEL FRANTOIO, 4 - 00159 ROMA - TEL. 06/121123145 - 06/4074319  
DISTRETTO 13 - COD. MIN. RMSD06000G - RMSD06001L (SEDE CARCERARIA REBIBBIA)  
RMSD060501 (PERCORSO II° LIVELLO) C. F. 80203770583  
www.liceoartisticoenzorossi.it - e mail: rmsd06000g@istruzione.it  
SEDE STACCATA "Henri Matisse" Cave (RM) - SEDE STACCATA "C. C. F. Rebibbia"

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA  
DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**MODULO 2**

Il/La sottoscritto/a .....  
genitore/tutore dell'alunno/a .....  
nato/a il ..... Luogo di nascita .....  
frequentante la classe/sezione .....

**Chiede**

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 farmacologia di cui alla allegata  
prescrizione medica.

Data .....

.....  
Firma del genitore/tutore

.....  
Firma del Dirigente scolastico

**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.