ISTITUTO COMPRENSIVO CON LINGUA D'INSEGNAMENTO SLOVENA DI GORIZIA
VEČSTOPENJSKA ŠOLA S SLOVENSKIM UČNIM JEZIKOM V GORICI
34170 GORIZIA/GORICA – via/ul. dei Grabizio, 38
Segreteria/Tajništvo tel. 0481 531824
GOIC81200C@pec.istruzione.it - GOIC81200C@istruzione.it - C.F. 80005940319
Sito web: www.icgorizia.net

VEČSTOPENJSKI ŠOLI S SLOVENSKIM UČNIM JEZIKOM V GORICI
ALL'ISTITUTO COMPRENSIVO CON LINGUA D'INSEGNAMENTO SLOVENA DI GORIZIA

ZADEVA: PROŠNJA ZA AVTORIZACIJO POSREDOVANJA ZDRAVIL MLADOLETNIM V ŠOLSKEM ČASU
OGGETTO: *RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO A MINORENNI*

Podpisani/a
Io sottoscritto .....

oče/mati/skrbnik otroka/učenca ……,
genitore/tutore del bambino/a/ alunno/a

ki obiskuje sekcijo/razred
frequentante la sezione / classe .....

vrtca/osnovne šole/srednje šole
della scuola dell'infanzia/primaria/ media .....

prosim/*chiedo*

• šolsko osebje zgoraj navedenega vrtca/šole za razpoložljivost v posredovanju farmakološke terapije svojemu otroku po navodilih priloženega zdravniškega predpisa
• *la disponibilità del personale scolastico del summenzionato plesso alla somministrazione a mio/mia figlio/a di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.*

V slučaju dejanske razpoložljivosti istočasno pooblaščam od ravnatelja poverjeno šolsko osebje, da posreduje zdravilo in razrešim osebje samo vsake kazenske in civilne odgovornosti, ki izhaja iz posredovanja farmakološke terapije **po navodilh priloženega zdravniškega predpisa**.
In caso di effettiva disponibilità del personale 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*** *e di seguito descritta.*

Zdravilo/*Farmaco* .....

Doze/*Dosi* .....

Urnik/*Orari* .....

Obdobje posredovanja/*Periodo di somministrazione*
.....

Oblika shranjevanja/*Modalità di conservazione*.....

Kraj in datum
Luogo e data .....

podpis starša/skrbnika
firma del genitore/tutore

NOTA BENE:

Prošnjo/avtorizacijo je treba oddati ravnatelju.

Slednja velja specifično le v času trajanja terapije in je po potrebi vsekakor obnovljiva v teku istega šolskega leta.

V slučaju potrebe po nadaljevaljni terapiji, ki mora biti specifično navedena, je trajanje slednje omejeno na tekoče šolsko leto in jo bo treba ob začeku novega leta spet obnoviti.

Zdravila predpisana mladoletnikom je treba izročiti v neokrnjeni konfekciji in jih pustiti v varstvu šole skozi celotno trajanje terapije.

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.