

# ISTITUTO COMPRENSIVO CARRARESE EUGANEO

## Allegato A/1

### RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da inviare in Segreteria Scolastica. Copia protocollata da inviare e conservare nel plesso, insieme al farmaco e in apposito raccoglitore documentazione farmaci salvavita)

I sottoscritti .....  
genitori di ..... nato a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
frequentante la classe ..... della Scuola .....  
sita a ..... in Via .....  
Essendo il minore effetto da ..... e constatata l'assoluta necessità  
del farmaco e la **capacità dell'alunno di gestire in autonomia la somministrazione** dello stesso,  
**chiedono che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia**  
**farmacologica** con la vigilanza del personale della scuola, come **da allegata prescrizione medica**  
rilasciata in data ..... dal dott. ....

- Consapevoli che l'operazione verrà svolta da personale non sanitario, sollevano la scuola da ogni  
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

- Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati  
idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

- **Ritireranno il farmaco al termine dell'anno scolastico**, riconsegnato dall'insegnante coordinatore  
di classe o da un addetto al primo soccorso del plesso, **apponendo firma di ricevuta al presente**  
**modulo.**

Luogo e Data ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante:

nome ..... tel:.....

cell dei genitori : ..... .....

**FIRMA DEL GENITORE CHE RITIRA IL FARMACO AL TERMINE DELL'ANNO SCOLASTICO:**

DATA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_