



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo "N. Berther" - San Zeno-Montirone

Piazza Marconi, 2 - 25010 San Zeno Naviglio (BS) - 030 2161097

Email: bsic84500v@istruzione.it - PEC: bsic84500v@pec.istruzione.it - www.icsanzenomontirone.edu.it

ALLEGATO 3

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

A.S. 2026/2027

I sottoscritti

COGNOME E NOME _____
nato a _____ il _____
residente a _____

COGNOME E NOME _____
nato a _____ il _____
residente a _____

in qualità di genitori/esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a:

Cognome e nome _____

nato/a a _____ il _____

frequentante la:

- ☐ Scuola dell'infanzia
- ☐ Scuola primaria
- ☐ Scuola secondaria di primo grado

Plesso _____ Classe/sezione _____

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a possa **autosomministrarsi** il farmaco prescritto durante la **permanenza a scuola**, secondo le modalità, la posologia e le indicazioni riportate nella prescrizione e nel piano terapeutico redatti dal medico.

I sottoscritti dichiarano di essere consapevoli che l'autosomministrazione può essere autorizzata **solo qualora risulti compatibile con l'età, il grado di autonomia e le condizioni dell'alunno/a e sia prevista/compatibile con la documentazione sanitaria e con la procedura adottata dalla scuola.**

DICHIARANO

- ☐ che il/la minore è in grado di riconoscere il farmaco e di utilizzarlo autonomamente secondo le modalità prescritte;
- ☐ che il/la minore conosce la terapia e le modalità di assunzione;
- ☐ che il/la minore è in grado di rispettare la posologia e le indicazioni contenute nel piano terapeutico;

- ☐ che il/la minore è stato/a adeguatamente istruito/a dalla famiglia e/o dal personale sanitario di riferimento;
- ☐ di aver informato la scuola di ogni elemento utile alla gestione della terapia;
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi modifica della terapia o delle condizioni che possano incidere sulla capacità del/la minore di autosomministrarsi il farmaco;
- ☐ di fornire il farmaco nella confezione originale e integra, secondo le modalità di conservazione e custodia concordate con la scuola;
- ☐ di provvedere tempestivamente alla sostituzione del farmaco in caso di utilizzo, deterioramento o prossimità della data di scadenza.

MODALITÀ DI DISPONIBILITÀ DEL FARMACO

Il farmaco sarà:

- ☐ tenuto dal/la minore, secondo quanto concordato con la scuola;
- ☐ custodito dalla scuola e reso disponibile al/la minore secondo le modalità concordate;
- ☐ disponibile secondo altra modalità prevista dal piano terapeutico:

RECAPITI DEI GENITORI

Genitore 1 _____ Tel. _____

Genitore 2 _____ Tel. _____

Ulteriore recapito _____ Tel. _____

Luogo e data _____

firma di entrambi i genitori/esercenti responsabilità genitoriale

(in caso di compilazione di un solo genitore, egli dichiara, sotto la propria responsabilità quanto segue: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non rispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori" e di aver, pertanto, concordato il consenso con l'altro genitore)

FIRMA

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- ☐ Allegato 2 – Prescrizione e piano terapeutico compilato dal medico
- ☐ Eventuale ulteriore documentazione sanitaria richiesta dalla procedura vigente
- ☐ Eventuale documentazione attestante l'idoneità/autonomia dell'alunno/a all'autosomministrazione, ove richiesta