

MODELLO D

Al Dirigente Scolastico
Dell'istituto Comprensivo
di Spresiano

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno/a _____
che frequenta la scuola ☐ primaria ☐ secondaria
di _____ sezione/classe _____

Essendo il minore affetto da _____ e constatata l'assoluta necessità,
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 autorizzazione medica (modello 2)** rilasciata in
data _____ dal dott. _____

Nome del farmaco: _____

- Dosi: _____
- Periodo di somministrazione: _____
- Ora/e di somministrazione: _____
- Eventuale modalità di conservazione (se lasciato in custodia al personale della scuola)

Dichiara che il/la proprio/a figlio/a può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato/a dal
personale della scuola, di averlo istruito adeguatamente sulla auto somministrazione e di aver constatato che
lo/a stesso/a ha raggiunto un'abilità adeguata per la pratica autonoma, sia in merito alla modalità sia per
quanto riguarda la posologia.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 e del Regolamento UE 2016/679

Luogo e Data _____ il _____

Firma dei genitori _____

Numeri di telefono utili: Pediatra di libera scelta/medico curante _____

Genitori _____