

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a)

I sottoscritti _____
genitori di _____
nato/a a _____ il _____
frequentante la scuola _____ classe _____ sezione _____ plesso _____

essendo il/la minore affetto da _____
e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

che il/la minore si **auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica di seguito descritta:

Nome commerciale del farmaco: _____

Dosi: _____

Periodo di somministrazione: _____

Ora/e di somministrazione: _____

Eventuale modalità di conservazione: _____

- ☐ Dichiarano di aver adeguatamente istruito il/la proprio/a figlio/a in merito all'autosomministrazione del farmaco e di aver constatato che lo/la stesso/a ha acquisito un'adeguata autonomia nella corretta assunzione della terapia, secondo le modalità e la posologia indicate nella prescrizione sanitaria.

(da contrassegnare in caso di richiesta di custodia da parte dell'alunno/a)

- ☐ Chiedono, altresì, che il/la minore sia autorizzato/a a custodire personalmente il farmaco durante la permanenza a scuola, all'interno del proprio zaino, nel rispetto delle modalità di conservazione indicate nella prescrizione sanitaria.
- ☐ A tal fine, dichiarano di aver adeguatamente istruito il/la minore in merito alla corretta custodia del farmaco e, in particolare, alla necessità di conservarlo in modo sicuro, evitando che possa essere accessibile, utilizzato o maneggiato da altri alunni.
- ☐ Si impegnano a verificare periodicamente l'integrità, la corretta conservazione e la validità del farmaco e assumono la responsabilità connessa alla custodia autonoma dello stesso da parte del/la minore.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Allegato 3 – Certificazione medica e prescrizione per la somministrazione/autosomministrazione di farmaci in ambito scolastico

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'Informativa privacy per alunni, genitori e tutori, resa dall'Istituzione scolastica ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), pubblicata sul sito web dell'Istituto nella sezione Privacy.

Luogo e data _____

Firma del genitore/esercitante la responsabilità genitoriale

Firma del genitore/esercitante la responsabilità genitoriale

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico curante _____

Genitori _____
