

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritt _____ genitori
di nato a
il _____ residente a in
via..... frequentante la classe della Scuola
.....
sita a in Via

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta
necessità, chiedono di autorizzare il proprio figlio ad autosomministrarsi la terapia
farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata rilasciata in
data..... dal dott..... e di seguito descritta:

Descrizione terapia farmacologica:

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

Dichiarano di aver istruito adeguatamente il proprio figlio sulla autosomministrazione e di
aver constatato che lo stesso ha raggiunto un'abilità adeguata per la pratica autonoma, sia in
merito alla modalità sia per quanto riguarda la posologia e di sollevare 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)

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

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

Genitori Genitori