

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

I sottoscritti..... 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 auto-somministrazione 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
.....

