

Allegato 3

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (Da compilare a cura dei genitori dell'alunno)

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori di \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
frequentante la Scuola

infanzia -  Primaria -  Secondaria di 1°Gr.

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

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 e di seguito descritta:

- Nome del farmaco: \_\_\_\_\_
- Dosi: \_\_\_\_\_
- Periodo di somministrazione: \_\_\_\_\_
- Ora/e di somministrazione: \_\_\_\_\_
- Eventuale modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

Dichiara 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori (o tutori)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_
- Genitori \_\_\_\_\_