

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 _____