

**Oggetto: Modulo richiesta di auto-somministrazione farmaci in orario scolastico**

Il sottoscritto (padre) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
La sottoscritta (madre) \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno ..... nato a ..... il .....  
residente a ..... in via..... n.....  
frequentante la classe/sezione..... del plesso .....

**DICHIARANO**

che il proprio figlio/a \_\_\_\_\_

è affetto/a da \_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessità,

**CHIEDONO**

che venga autorizzato/a l'alunno/a ad auto-somministrarsi in ambito ed in orario scolastico e sotto la sorveglianza di personale non sanitario, il seguente farmaco: \_\_\_\_\_

come da prescrizione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal dott.

\_\_\_\_\_

esonero la scuola da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allega, a tal fine:

il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarato nella presente, corredato da prescrizione del farmaco indispensabile con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.

**DICHIARANO**

- 1) Che la somministrazione non richiede il possesso di competenze di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.
- 2) Che l'alunno/a possiede capacità di gestione autonoma ed ha ricevuto opportuno addestramento per la auto-somministrazione del farmaco.
- 3) Di aver preso visione dell'Informativa sul Trattamento dei dati personali rilasciata dall'Istituto scolastico secondo quanto previsto dal Regolamento Europeo 679/2016 sull'Albo On-Line e sul sito web.

## ACCONSENTONO

al trattamento dei dati particolari in relazione alle finalità di svolgimento di quanto sopra descritto e ne danno conferma barrando la voce interessata.

[SI]

[NO]

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o dell'esercente potestà  
genitoriale

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

### **allegare fotocopie documenti riconoscimento**

Recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° NUMERO \_\_\_\_\_

2° NUMERO \_\_\_\_\_

Medico curante: tel \_\_\_\_\_