Modulo 2: “RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE“

(da compilare a cura dei genitori dell‘alunno (o dalI'aIunno se maggiorenne) e da consegnare al Dirigente scolastico)

# RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Io sottoscritto , in qualità di genitore/tutore dell’alunno (Cognome e Nome) nato a il residente a in via

frequentante la classe/sezione della scuola secondaria nell'anno scolastico

## affetto dalla seguente patologia

**Comunica**

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, mediante auto somministrazione,

## come da prescrizione medica allegata.

Nome del Farmaco Modalità di somministrazione Orario di somministrazione/dose Periodo di somministrazione Modalità di conservazione

# **Autorizza/no**

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'auto-

## somministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Firma del Medico Curante

Data

firma del genitore/tutore

o dello studente maggiorenne

firma del Dirigente scolastico

Note

## La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

Pagina 16 di 17