

## Modulo 2: "RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE"

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno (o dall'alunno 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico Curante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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.

