

**RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE
PER L'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a
genitore/tutore dell'alunno/a
nato/a il luogo di nascita
frequentante la classe/sezione
della Scuola d'Infanzia/Primaria/Secondaria
recapiti telefonici

preso atto

che per età, esperienza e addestramento mio/a figlio/a è autonomo/a nella gestione della somministrazione farmaci di cui ha bisogno

chiedo

che, in ambito e orario scolastico, mio/a figlio/a possa provvedere personalmente alla somministrazione della terapia farmacologica salvavita (autosomministrazione), come da prescrizione medica allegata.

Dichiaro inoltre:

- di impegnarmi a fornire a mio/a figlio/a i farmaci prescritti nel Piano terapeutico, in confezione integra, e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione;
- di impegnarmi a comunicare tempestivamente alla Dirigente scolastica eventuali variazioni al Piano terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.
- di sollevare il personale della scuola dalla responsabilità di gestire il farmaco e di stabilire quando mio/a figlio/a debba assumere il farmaco.

Eventuali richieste e/o precisazioni

.....

Data

.....
Firma del genitore/tutore dell'allievo/a

Constatata l'assoluta necessità, si autorizza l'autosomministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico

Data

Timbro e firma della Dirigente scolastica
