

**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 .....

.....

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili** ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE.

Data .....

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

\*Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Luogo e Data .....

Firma genitore/tutore/amministratore di sostegno .....

**\*nel caso in cui firmi un solo genitore (nota MIUR-prot-5336-del-20/9/2015)**

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

Data

Timbro e firma della Dirigente scolastica

\_\_\_\_\_