

## Modulo 2

### **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 \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_ 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 di seguito descritta

Da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico Curante

Firma del/i genitore/i tutore/i

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.