

ALLEGATO 3

Al Dirigente scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo di Buccino

Buccino, \_\_\_\_\_

**Oggetto: Richiesta ed autorizzazione per auto-somministrazione di farmaci**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in qualità di

Genitore

Esercente la potestà genitoriale

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in qualità di

Genitore

Esercente la potestà genitoriale

di \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la  Scuola dell'Infanzia  Scuola Primaria  Secondaria di I Grado di Buccino

plesso di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ essendo minore affetto da

-----

**COMUNICANO**

che il proprio figlio necessita di assumere il farmaco

\_\_\_\_\_ in orario scolastico, come da  
certificazione medica allegata.

Pertanto, i sottoscritti:

- a) autorizzano il proprio figlio ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco
- b) sollevano il personale che assiste all'auto-somministrazione, da ogni responsabilità derivante dalla auto-somministrazione del farmaco stesso

- c) dichiarano che il proprio figlio è stato educato ad una corretta assunzione del farmaco
- d) si rendono disponibili a concordare un eventuale incontro in cui definire le modalità di intervento e a comunicare, anche in corso d'anno, eventuali modifiche (ad es. tipo di farmaco e dose) ricordando che il seguente modulo deve essere compilato sempre all'inizio di ogni anno scolastico
- e) acconsentono alla condivisione di un protocollo di intervento individuale tra scuola, famiglia e personale sanitario (pediatra...)
- f) si impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica (allegata alla presente) recante la necessità e indispensabilità di eventuale auto-somministrazione a scuola, con posologia, orario, modalità
- g) si impegnano a firmare un documento riportante data della consegna, nome del farmaco e data di scadenza dello stesso, quantità di farmaci consegnati
- h) si impegnano a ricordare al personale scolastico, eventuali date di scadenza del farmaco
- i) si impegnano a ricordare al personale scolastico (in forma telefonica, o scritta) di portare con sé il farmaco in caso di uscite o viaggi di istruzione
- j) acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone). Nello specifico, l'informazione sullo stato di salute del proprio figlio sarà comunicata anche al personale scolastico con nomina temporanea (eventuali supplenti di docenti o di collaboratori scolastici o esperti esterni ...).

Numeri di telefono utili:

medico curante: \_\_\_\_\_

genitori: \_\_\_\_\_

In fede

Buccino, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_