

## RICHIESTA AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo Manfredini

I sottoscritti ..... e ....., in qualità di  
genitori dell'alunno/a .....,  
nato a ..... il .....,  
frequentante la classe.....sez..... della scuola Primaria/Secondaria di primo grado

### CHIEDONO

che in presenza dei sintomi indicati nella certificazione medica allegata il minore possa provvedere  
all'AUTOSOMMINISTRAZIONE del/dei seguente/i farmaco/i:

.....

**La certificazione medica allegata deve contenere nome, cognome e data di nascita dell'alunno, patologia, descrizione dell'evento con specifici sintomi per i quali si richiede la somministrazione del farmaco, nome commerciale del farmaco, dose da somministrare, modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco, durata della terapia nonché attestazione della capacità del minore di saper provvedere autonomamente all'autosomministrazione.**

Inoltre i genitori si impegnano a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

A tal fine chiedono che il/i farmaco/i, consegnato con verbale di consegna, venga/no **conservato/i nella cassetta del pronto soccorso** dell'infermeria insieme alla certificazione medica allegata; inoltre si impegnano a provvedere, sotto la loro responsabilità, alla sua/loro sostituzione in caso di scadenza e al rifornimento in caso di utilizzo.

Segnalano altresì la presenza del farmaco nello zaino dell'alunno, coscienti che il personale della scuola non ne sarà responsabile per perdita o smarrimento.

### ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del GDPR 679/13 all'interno dell'Istituzione scolastica.

Si allega certificazione medica.

Numeri di telefono utili:

Pediatra di riferimento o medico certificatore .....

Genitore: .....

Genitore .....

Data.....

Firme

Genitore 1 .....

Genitore 2 .....