

### Allegato 3: "RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE"

#### RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO PER MAGGIORENNI

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ frequentante la  
Classe/sezione \_\_\_\_\_ della scuola secondaria \_\_\_\_\_  
Nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ affetto dalla seguente patologia \_\_\_\_\_

#### Comunico

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, 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'autosomministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Data.....

\_\_\_\_\_  
firma del genitore/tutore  
o dello studente maggiorenne

\_\_\_\_\_  
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 scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.