

**MODELLO D**

Al Dirigente Scolastico  
Dell'istituto Comprensivo  
di Spresiano

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
che frequenta la scuola  primaria  secondaria  
di \_\_\_\_\_ sezione/classe \_\_\_\_\_

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta necessità,  
chiedono che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la  
vigilanza del personale della scuola, **come da allegata autorizzazione medica (modello 2)** rilasciata in  
data \_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_

Nome del farmaco: \_\_\_\_\_

- Dosi: \_\_\_\_\_
- Periodo di somministrazione: \_\_\_\_\_
- Ora/e di somministrazione: \_\_\_\_\_
- Eventuale modalità di conservazione (se lasciato in custodia al personale della scuola)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiara che il/la proprio/a figlio/a può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato/a dal  
personale della scuola, di averlo istruito adeguatamente sulla auto somministrazione e di aver constatato che  
lo/a stesso/a ha raggiunto un'abilità adeguata per la pratica autonoma, sia in merito alla modalità sia per  
quanto riguarda la posologia.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 e del Regolamento UE 2016/679

Luogo e Data \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Firma dei genitori \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili: Pediatra di libera scelta/medico curante \_\_\_\_\_

Genitori \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_