

Allegato 2

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**  
(da compilare a cura dei genitori del minore/studente e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente scolastico  
Istituto Comprensivo "F. Bursi"  
Fiorano Modenese

Io sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
genitore/tutore del minore/studente (cognome e nome ) \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_ della scuola/plesso \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

- di accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a  
 che il/la sig/ra \_\_\_\_\_ da me formalmente delegato possa accedere  
alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a

**oppure :**

consapevole che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che  
non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni/minori,

**CHIEDO**

- la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico da parte del personale scolastico  
 l'auto-somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico

come da allegata certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr \_\_\_\_\_

➤ Nel caso di richiesta di auto-somministrazione, il genitore inoltre dichiara l'autonomia del proprio figlio nell'auto-somministrazione del farmaco e

- autorizza il figlio a custodire personalmente il farmaco  
 incarica la scuola di custodire il farmaco

concordando che l'insegnante venga informato dall'alunno prima dell'assunzione del farmaco stesso e alla presenza di un operatore scolastico/educativo.

=====

Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e del D.M. 305/06. Autorizzo gli operatori della scuola/struttura educativa alla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica. Il farmaco sarà fornito alla Scuola/Struttura dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.

Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una nuova certificazione aggiornata.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(Firma dei genitori o di chi ne fa le veci)

Numeri di telefono utili: Famiglia \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_