

Alla Dirigente Scolastica
dell'ITCG G. Marconi
PENNE

OGGETTO: Richiesta di auto-somministrazione farmaco.

I sottoscritti _____ e

In qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell'alunno _____ nato il _____
e frequentante nell'a.s. 2026/2027 la classe _____ presso il plesso
_____ dell'ITCG "G. Marconi"

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 specifica 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 chiede/chiedono che il/i farmaco/i, consegnato con verbale di consegna, venga/no conservato/i in luogo idoneo 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 ai sensi del D.lgs 196/03 e successive modificazioni (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e data, _____

FIRMA DEI GENITORI

