

Allegato D

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Ostra**

OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....genitori
dell'alunno/a.....
nato/a ail.....
residente a in via.....
frequentante la classe.....sez.....della Scuola.....
sita a in Via.....

Essendo il minore effetto da
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal dott.

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

_____, _____
luogo data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà
.....
.....

ISTITUTO COMPRENSIVO OSTRÀ

Scuola Infanzia - Primaria - Secondaria di primo grado

Email anic81000q@istruzione.it – Pec. anic81000q@pec.istruzione.it

<http://www.iscostra.edu.it> - C.F. 83005730425 – Cod. Meccanografico ANIC81000Q – CU UFVP5M

PROCEDURA PER AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI NEI LOCALI E IN ORARIO SCOLASTICO

1. I genitori ritirano dalla segreteria la seguente modulistica:
 - **Allegato D:** richiesta di autosomministrazione di farmaci (da compilare e firmare da parte dei genitori).
2. I genitori riconsegnano in segreteria l'**Allegato D**, debitamente compilato e firmato, unitamente alla certificazione rilasciata dal medico.
3. Il dirigente scolastico invia al docente coordinatore di classe/plesso la richiesta della famiglia, e relativa certificazione medica allegata, valida come autorizzazione all'autosomministrazione da parte dello studente.