Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo **"N. Berther" -** San Zeno-Montirone
Piazza Marconi, 2 - 25010 San Zeno Naviglio (BS) - 030 2161097
Email: bsic84500v@istruzione.it - PEC: bsic84500v@pec.istruzione.it - www.icsanzenomontirone.edu.it

ALLEGATO 3

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

A.S. 2026/2027

I sottoscritti

COGNOME E NOME _____
nato a _____ il _____
residente a _____

COGNOME E NOME _____
nato a _____ il _____
residente a _____

in qualità di genitori/esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a:

Cognome e nome _____

nato/a a _____ il _____

frequentante la:

☐ Scuola dell'infanzia
☐ Scuola primaria
☐ Scuola secondaria di primo grado

Plesso _____ Classe/sezione _____

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a possa **autosomministrarsi il farmaco prescritto durante la permanenza a scuola**, secondo le modalità, la posologia e le indicazioni riportate nella prescrizione e nel piano terapeutico redatti dal medico.

I sottoscritti dichiarano di essere consapevoli che l'autosomministrazione può essere autorizzata **solo qualora risulti compatibile con l'età, il grado di autonomia e le condizioni dell'alunno/a e sia prevista/compatibile con la documentazione sanitaria e con la procedura adottata dalla scuola**.

DICHIARANO

☐ che il/la minore è in grado di riconoscere il farmaco e di utilizzarlo autonomamente secondo le modalità prescritte;

☐ che il/la minore conosce la terapia e le modalità di assunzione;

☐ che il/la minore è in grado di rispettare la posologia e le indicazioni contenute nel piano terapeutico;

☐ che il/la minore è stato/a adeguatamente istruito/a dalla famiglia e/o dal personale sanitario di riferimento;

☐ di aver informato la scuola di ogni elemento utile alla gestione della terapia;

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi modifica della terapia o delle condizioni che possano incidere sulla capacità del/la minore di autosomministrarsi il farmaco;

☐ di fornire il farmaco nella confezione originale e integra, secondo le modalità di conservazione e custodia concordate con la scuola;

☐ di provvedere tempestivamente alla sostituzione del farmaco in caso di utilizzo, deterioramento o prossimità della data di scadenza.

MODALITÀ DI DISPONIBILITÀ DEL FARMACO

Il farmaco sarà:

☐ tenuto dal/la minore, secondo quanto concordato con la scuola;

☐ custodito dalla scuola e reso disponibile al/la minore secondo le modalità concordate;

☐ disponibile secondo altra modalità prevista dal piano terapeutico:

_____

_____

RECAPITI DEI GENITORI

Genitore 1 _____ Tel. _____

Genitore 2 _____ Tel. _____

Ulteriore recapito _____ Tel. _____

Luogo e data _____

firma di entrambi i genitori/esercenti responsabilità genitoriale

_____ _____

(in caso di compilazione di un solo genitore, egli dichiara, sotto la propria responsabilità quanto segue: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non rispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori" e di aver, pertanto, concordato il consenso con l'altro genitore)
FIRMA

_____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

☐ Allegato 2 – Prescrizione e piano terapeutico compilato dal medico

☐ Eventuale ulteriore documentazione sanitaria richiesta dalla procedura vigente

☐ Eventuale documentazione attestante l'idoneità/autonomia dell'alunno/a all'autosomministrazione, ove richiesta