

**MODULO 2**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo Settimo I  
Via Buonarroti 8 – Settimo Torinese

I sottoscritti .....  
genitori di .....  
nato a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
frequentante la classe ..... della Scuola \_\_\_\_\_ di Settimo  
Torinese,

- essendo il minore affetto da ..... e constatata  
l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione - autonoma da parte del minore, ma in presenza  
di un adulto che possa garantire l'adeguata vigilanza - in ambito ed orario scolastico dei farmaci  
come da allegata prescrizione medica rilasciata in data .....dal  
Dott.....

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario  
e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

*I sottoscritti dichiarano sotto la propria responsabilità che il proprio figlio possiede capacità di  
gestione autonoma ed ha ricevuto opportuno addestramento per la autosomministrazione del  
farmaco con le modalità previste dalla certificazione medica che si allega.*

Acconto al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs 196/03 (i dati sensibili  
sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

Data: .....

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

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta / medico curante .....

Genitori: .....