

**Modulo richiesta per auto-somministrazione di farmaci in ambito scolastico  
da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale**

Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

e Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

di (Cognome) ..... ( Nome ) ..... nato il  
..... a ..... e frequentante nell'anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_  
l'Istituto Comprensivo NAVELLI(AQ) - Plesso di:

Scuola dell'Infanzia - Scuola Primaria - Scuola Secondaria I Grado di \_\_\_\_\_ classe/sez \_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

che "Il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della Scuola" e

**AUTORIZZANO**

Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante attestante la possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte di minori.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante .....

Genitori .....

In fede

Luogo e Data, .....

Firma

.....

**Note**

La richiesta/autorizzazione deve essere consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.