

**AL DIRIGENTE  
ISTITUTO STATALE COMPRENSIVO  
DON LORENZO MILANI  
SOMMACAMPAGNA**

\_\_I\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore di \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
frequentante nel corrente anno scolastico la classe/sezione \_\_\_\_\_ della Scuola  
 dell'Infanzia                       Primaria                       Secondaria di 1° Grado  
di                       Sommacampagna                       Caselle                       Custoza

**CHIEDE**

di autorizzare il proprio figlio ad autosomministrarsi, in ambito scolastico, il farmaco:

\_\_\_\_\_, come da prescrizione medica allegata.

Il sottoscritto avrà l'onere di consegnare a scuola il farmaco necessario, di controllarne la quantità e validità e di prelevare il farmaco al termine dell'anno scolastico.

Dichiara di aver istruito adeguatamente il proprio figlio sulla auto-somministrazione e di aver constatato che lo stesso ha raggiunto un'abilità adeguata per la pratica autonoma, sia in merito alla modalità sia per quanto riguarda la posologia.

Dichiara di sollevare il personale scolastico da ogni responsabilità derivante dall'auto-somministrazione richiesta.

Data \_\_\_\_\_ (firma del genitore)

---

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA  
GENERALE) ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità, il sottoscritto medico:

\_\_\_\_\_ (estremi medico curante)

DICHIARA CHE L'ALUNNO \_\_\_\_\_

ESSENDO AFFETTO DA \_\_\_\_\_

POTREBBE NECESSITARE DI SOMMINISTRAZIONE OCCASIONALE DEL SEGUENTE FARMACO:

\_\_\_\_\_  
VISTO IL TIPO DI FARMACO E L'ETA' DELL'ALUNNO, QUESTA PUO' AVVENIRE PER AUTO-  
SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO.

Modalità di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra