**RICHIESTA AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Al Dirigente Scolastico del l’Istituto Omnicomprensivo Padula

I / Il / La sottoscritti / o / a……………………………………………………………… *(barrare una delle caselle)*

o In qualità di genitori

o In qualità di affidatario esclusivo

o In qualità di tutore

o In qualità di genitore vedovo / a

Dell’alunno/a ……………………………....nato/a …………………il......................frequentante la classe …………….….sez……………………

**CHIEDE/CHIEDONO**

che in presenza dei sintomi indicati nella certificazione medica allegata, l’alunno possa provvedere all’

**AUTOSOMMINISTRAZIONE** con:

* + La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull’avvenuta auto somministrazione)
	+ L’affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)
	+ Nessuna presenza di personale scolastico

del/dei seguente/i farmaco/i: …………………………………………….

***La certificazione medica allegata deve contenere nome, cognome e data di nascita dell’alunno, patologia, descrizione dell’evento con specifica sintomi per i quali si richiede la somministrazione del farmaco, nome commerciale del farmaco, dose da somministrare, modalità di somministrazione e di conservazione del far- maco, durata della terapia nonché attestazione della capacità dell’alunno di saper provvedere autonomamente all’autosomministrazione.***

Inoltre i genitori si impegnano a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento e

□ chiede/chiedono che il/i farmaco/i, consegnato con verbale di consegna, venga/no **conservato/i nella cassetta del pronto soccorso** insieme alla certificazione medica allegata e si impegnano a provvedere, sotto la loro responsabilità, alla sua/loro sostituzione in caso di scadenza e al rifornimento in caso di utilizzo.

oppure

□ Segnalano la presenza del farmaco nello zaino dell’alunno, coscienti che il personale della scuola non ne sarà responsabile per perdita o smarrimento.

**Si allega certificazione medica.** Numeri di telefono utili:

Pediatra di riferimento o medico certificatore ………………………………

Genitore 1………………………………………

Genitore 2……………………………………….

Data

In fede

Firma

Genitore 1 ……………………………………. Genitore 2 ………………………………