

Oggetto: richiesta di autorizzazione all'autosomministrazione in ambito scolastico di terapia ciclica o saltuaria indispensabile

..l.. sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Frequentante nell'anno scolastico la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di autorizzare il proprio figlio ad autosomministrarsi la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata e di seguito descritta:

- Nome del farmaco: \_\_\_\_\_
- Dosi: \_\_\_\_\_
- Periodo di somministrazione: \_\_\_\_\_
- Ora/e di somministrazione: \_\_\_\_\_
- Eventuale modalità di conservazione (se lasciato in custodia al personale della scuola)

Dichiara di aver istruito adeguatamente il proprio figlio sull' autosomministrazione 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

Visto:  SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

**LA DIRIGENTE SCOLASTICA**  
**Prof.ssa Vincenza Katia**  
**Miglionico**