

**Ministero dell'Istruzione e del Merito**

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA

**ISTITUTO COMPRENSIVO 2 “RITA LEVI-MONTALCINI”**

VIA AVEZZANA, 123- 81055 - SANTA MARIA CAPUA VETERE (CE)

Tel. 0823846046 - telefax 0823898140

Codice Fiscale: 94017900617 - Codice Meccanografico: CEIC876008

Email: [ceic876008@istruzione.it](mailto:ceic876008@istruzione.it) - PEC: [ceic876008@pec.istruzione.it](mailto:ceic876008@pec.istruzione.it)

sito: <http://www.ic2rlevi-montalcini-smcv.edu.it>

**ALL.6**

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare alla Scuola)

I sottoscritti ......................................................................................................................................

genitori di ................................................................. nato a ......................................... il ..............

residente a ................................................. in via ................................................................................

frequentante la classe .......... della Scuola ...........................................................................................

sita a ................................................. in Via .........................................................................................

Essendo il minore effetto da …........................................................ e constatata l'assoluta necessità,

chiedono che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data

................. dal Dott. ….........................................................................................................................

Nell’autorizzazione e prescrizione medica deve essere esplicitamente riportata la seguente dicitura specifica**:” il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola”**

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, solleva la Scuola e lo stesso personale da ogni responsabilità derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e particolari ai sensi della normativa vigente ( dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e Data ................................ il ........................

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la potestà sul minore .

.................................................................................

.

.................................................................................

**Numeri di telefono utili:**

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

Genitori ......................................... ........................................