**Modulo 2: “RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE”**

(da compilare a cura dei genitori dell’alunno (o dall’alunno se maggiorenne) e da consegnare al Dirigente scolastico)

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Il/la sottoscritto/a ,in qualità di genitore/tutore Il/la sottoscritto/a , in qualità di genitore/tutore

dell’alunno (Cognome e Nome) nato a il residente a

 in via frequentante la classe/sezione

della scuola secondaria nell'anno scolastico affetto dalla seguente patologia

**Comunica**

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, mediante auto somministrazione, come da prescrizione medica allegata.

Nome del Farmaco Modalità di somministrazione Orario di somministrazione/dose

Periodo di somministrazione Modalità di conservazione

**Autorizza/no**

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l’auto- somministrazione, secondo l’allegata prescrizione medica e di seguito descritta

da effettuarsi nell’apposito locale individuato dalla scuola. Data

firma del genitore/tutore o dello studente maggiorenne

firma del genitore/tutore o dello studente maggiorenne

**Note**

La richiesta/autorizzazione va 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.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d’uso.