



## Istituto Comprensivo Statale XX Settembre di Rimini

Via Arnaldo da Brescia, 4 - 47923 Rimini (RN) - Telefono e fax 0541 / 383012

E-mail: [mic81600b@istruzione.it](mailto:mic81600b@istruzione.it) PEC [mic81600b@pec.istruzione.it](mailto:mic81600b@pec.istruzione.it)

[c.f. 91142600401 c.m. mic81600b](http://c.f.91142600401.c.m.mic81600b)

## **RICHIESTA AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Al Dirigente Scolastico  
dell' I.C. XX Settembre  
Rimini

I / II / La sottoscritti / o / a.....  
(barrare una delle caselle)

- In qualità di genitori
- In qualità di affidatario esclusivo
- In qualità di tutore

Dell'alunno/a .....nato/a .....il. frequentante

la classe.....sez Infanzia / Primaria/Secondaria di primo grado

## **CHIEDE/CHIEDONO**

che in presenza dei sintomi indicati nella certificazione medica allegata il minore possa provvedere all'AUTO SOMMINISTRAZIONE 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 farmaco, durata della terapia***

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

A tal fine chiede/chiedono che il/i farmaco/i, consegnato con verbale di consegna, venga/no **custodito/i secondo le modalità di conservazione** (zaino o frigorifero)

insieme alla certificazione medica allegata; inoltre si impegnano a provvedere, sotto la loro responsabilità, alla sua/loro sostituzione in caso di scadenza e al rifornimento in caso di utilizzo.

Il personale della scuola non ne sarà responsabile per perdita o smarrimento.

**ACCONSENTONO**

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 all'interno dell'Istituzione scolastica.

**Si predispose il presente protocollo di intervento esonerando la scuola da qualsivoglia responsabilità.**

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

**Genitori 1:** .....

**Genitore 2:** .....

Data.....

In fede

Firma/e

Genitore 1.....

Genitore 2.....