

Allegato 3

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**  
(da compilare a cura dell'alunno maggiorenne da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa  
Scuola/Istituto Comprensivo \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è  
obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni,

**CHIEDO**

la somministrazione dei farmaci  
farmaci  
in ambito ed orario scolastico  
da parte del personale scolastico

l'auto-somministrazione dei  
farmaci  
in ambito ed orario scolastico

come da allegata certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr \_\_\_\_\_

mi impegno a custodire  
personalmente il farmaco

chiedo alla scuola di custodire il farmaco

mi impegno ad informare il personale della scuola prima dell'assunzione del farmaco e ad  
assumerlo alla presenza di un operatore scolastico.

=====

Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e del D.M.  
305/06. Autorizzo gli operatori della scuola alla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica.  
Il farmaco sarà fornito alla Scuola dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.

Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una  
nuova certificazione aggiornata.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(Firma dell'interessato/a)

Numeri di telefono utili: Famiglia \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_