

**AUTORIZZAZIONE ALL' AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**  
**(Da compilare a cura dei genitori/tutori dell'alunno)**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori di \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
frequentante la Scuola

infanzia -  Primaria -  Secondaria di I grado

Classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

Essendo \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ minore \_\_\_\_\_ affetto  
da \_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta  
necessità, autorizzano il minore all' **auto-somministrazione**, in ambito ed orario scolastico, con  
la vigilanza del personale della scuola, della terapia farmacologica come da allegata  
autorizzazione e di seguito descritta:

- Nome del farmaco: \_\_\_\_\_
- Dosi: \_\_\_\_\_
- Periodo di somministrazione: \_\_\_\_\_
- Ora/e di somministrazione: \_\_\_\_\_
- Eventuale modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

Dichiarano di aver istruito adeguatamente il proprio figlio sulla 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 di entrambi i genitori (o tutori)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**In caso di firma di un solo genitore:**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non  
corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in  
osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater  
del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**Numeri di telefono utili:**

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_
- Genitori \_\_\_\_\_