

**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)**

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

**Numeri di telefono utili:**

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