

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
DI SAN FIOR**

**Oggetto: richiesta di autorizzazione alla autosomministrazione in ambito scolastico di terapia ciclica o saltuaria indispensabile.**

..l.. sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ della  
scuola \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di autorizzare il/la proprio/a figlio/a ad autosomministrarsi la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata e di seguito descritta:

- ⌚ Nome del farmaco: \_\_\_\_\_
- ⌚ Dosi: \_\_\_\_\_
- ⌚ Periodo di somministrazione: \_\_\_\_\_
- ⌚ Ora/e di somministrazione: \_\_\_\_\_
- ⌚ Eventuale modalità di conservazione (se lasciato in custodia al personale della scuola):  
\_\_\_\_\_

Dichiara, inoltre, di aver istruito adeguatamente il/la proprio/a figlio/a sulla autosomministrazione e di aver constatato che lo/la stesso/a ha raggiunto un'abilità adeguata alla pratica autonoma, sia in merito alla modalità sia per quanto riguarda la posologia.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore  
\_\_\_\_\_