

**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO GINNASIO STATALE "ORAZIO"**

Via Alberto Savinio, 40 - 00141 - ROMA 06121125256
C.F. 80258390584 Codice univoco UFOAOG
email: rmpc150008@istruzione.it pec: rmpc150008@pec.istruzione.it

MODULO FAMIGLIA

Richiesta di autorizzazione all'autosomministrazione di farmaco in orario scolastico da parte di studentessa/studente minorenne che abbia compiuto 14 anni

Alla Dirigente Scolastica
del Liceo Ginnasio Statale "Orazio"

Dati dei genitori/tutori

I sottoscritti:

Genitore/Tutore 1 - Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Recapito telefonico	
Email	

Genitore/Tutore 2 - Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Recapito telefonico	
Email	

Dati della studentessa / dello studente

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Classe e sezione	

Richiesta

CHIEDONO

che la studentessa / lo studente sopra indicata/o sia autorizzata/o ad autosomministrarsi, durante l'orario scolastico, il farmaco indicato nella scheda medica allegata, secondo le modalità, i tempi e la posologia ivi prescritti.

Dichiarazioni della famiglia

A tal fine dichiarano:

1. che la studentessa / lo studente ha compiuto il quattordicesimo anno di età;

2. che l'assunzione del farmaco durante l'orario scolastico è necessaria e non differibile al di fuori del tempo scuola, come attestato dalla scheda medica allegata;
3. che la studentessa / lo studente è stata/o adeguatamente informata/o dalla famiglia circa le modalità di assunzione del farmaco;
4. che il farmaco sarà fornito dalla famiglia in confezione integra, correttamente etichettata, non scaduta e conforme alla prescrizione medica;
5. che la famiglia si impegna a verificare periodicamente la scadenza del farmaco e a provvedere alla sua eventuale sostituzione;
6. che ogni variazione della terapia, della posologia, delle modalità di assunzione o della necessità di autosomministrazione sarà tempestivamente comunicata alla scuola e documentata con nuova certificazione medica;
7. che l'autosomministrazione non comporta somministrazione diretta del farmaco da parte del personale scolastico, il quale assicurerà esclusivamente la vigilanza ordinaria e, in caso di necessità o emergenza, l'attivazione delle procedure previste;
8. che la presente richiesta ha validità per l'anno scolastico di riferimento, salvo diversa indicazione medica, e dovrà essere rinnovata in caso di prosecuzione della necessità nell'anno scolastico successivo.

Autorizzazione

I sottoscritti autorizzano pertanto la studentessa / lo studente all'autosomministrazione del farmaco in orario scolastico, secondo quanto indicato nella scheda medica allegata.

Documentazione allegata

- ☐ Scheda medica per autosomministrazione del farmaco;
☐ eventuale ulteriore documentazione sanitaria utile.

Sottoscrizione

Luogo e data	
Firma Genitore/Tutore 1	Firma Genitore/Tutore 2

In caso di firma di un solo genitore/tutore

Il/La sottoscritto/a dichiara di effettuare la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, con il consenso dell'altro genitore/tutore o in conformità ai provvedimenti dell'Autorità competente.

Firma