



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE  
"FOLLADOR-DE ROSSI"**

Sito web: [www.folladorderossi.gov.it](http://www.folladorderossi.gov.it)

Sede principale: AGORDO (BL) 32021 – Via Insurrezione, 19/a – Tel. 0437/62015 – Fax 0437/63360

Sede FALCADE (BL) 32020 Via Trieste, 25 Tel. 0437/507182 – Fax 0437/507104

blis00600e@istruzione.it ♦ blis00600e@pec.istruzione.it



**MODELLO 2**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE E/O AUTORIZZAZIONE ALLA AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI IN  
AMBITO SCOLASTICO/CONVITTUALE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, genitore / soggetto esercente la  
responsabilità genitoriale del minore \_\_\_\_\_, nato a  
\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
frequentante l'Istituto Superiore "U. Follador" – BLIS00600E (Cod. Fisc. 80004960250), avente sede in  
Agordo (BL) in Via Insurrezione nr. 19/a e dimorante in convitto presso la struttura di Falcade (BL), Via  
Trieste nr. 25,

**PRESO ATTO**

che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla  
somministrazione di farmaci agli alunni/convittori

**CONSTATATO CHE**

l'Istituto in indirizzo non garantisce la presenza nell'arco delle 24 ore della giornata del personale  
infermieristico presso la struttura scolastica

**PRESO ALTRESÌ ATTO**

del divieto per gli alunni/convittori di detenere personalmente farmaci

**DATO ATTO CHE**

il medico curante nei casi indicati nel certificato che si allega al presente modulo ha prescritto  
l'assunzione dei farmaci ivi indicati, precisando altresì la posologia per ciascun farmaco

CHIEDE

- Sia intrapresa a scuola/convitto la terapia prescritta al proprio figlio tramite
- La SOMMINISTRAZIONE da parte del personale infermieristico al minore sopra indicato
  - In assenza di personale infermieristico la possibilità di AUTO-SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato ed in orario di scuola/convitto, alla presenza e sotto la supervisione di personale scolastico/educativo

del/i farmaco/i indicati nel certificato allegato che si allega al presente modulo;

A tal fine precisa che l'AUTOSOMMINISTRAZIONE del farmaco è effettuabile da parte del minore che lo scrivente dichiara essere autonomo nell'autosomministrazione del farmaco.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola/convitto, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'intervento per cui è indispensabile la somministrazione.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Comunicherà, altresì, immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Incarica il personale della scuola/convitto a custodire i farmaci necessari al minore per la terapia prescritta.

Sollewa, infine, il personale della scuola/convitto ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori e/o soggetto esercente la responsabilità genitoriale del minore

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

Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e D.M. 305/2006.

Firma dei genitori e/o soggetto esercente la responsabilità genitoriale del minore

\_\_\_\_\_