



**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 3**

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

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 minore è affetto da \_\_\_\_\_,  
come da certificazione medica qui allegata, e constatata la assoluta necessità

CHIEDE

sia intrapresa e/o continuata a scuola/convitto la terapia prescritta al proprio figlio tramite

La SOMMINISTRAZIONE da parte di personale infermieristico al minore sopra indicato

In assenza di personale infermieristico la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato ed in orario di scuola/convitto, alla presenza e sotto la supervisione di personale scolastico/educativo

del/i farmaco/i \_\_\_\_\_;

La richiesta è riferita:

al periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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

Comunicerà, 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 del genitore/soggetto esercente la responsabilità genitoriale del minore

\_\_\_\_\_