

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO
E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti _____

genitori di _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

frequentante la classe _____ dell'istituto _____

sito a _____ in Via _____,

essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si auto-somministri**, in ambito
ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da
allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati
idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

☐ SI

☐ NO

Luogo e data _____ il _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/medico curante _____
- Genitori _____