

Allegato D

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti genitori di
..... nato a il residente a
..... in via

frequentante la classe della Scuola
sita a in Via

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità, chiedono
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.

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

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

*** Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR
245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316 337
ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori"**

* Nel caso in cui firmi un solo genitore

