

Allegato D

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

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 d
al 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