

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 l'alunno/a affetto/a da
e constatata la maggiore età, l'assoluta necessità, l'esperienza, l'addestramento, la capacità di autonomia nella gestione della propria salute, chiedono che il/la proprio/a figlio/a **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/la 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 /