

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
..... 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)

Santa Lucia del Mela, li.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

.....

Genitori

.....

.....