



RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Io sottoscritto/a (Cognome nome)
in qualità di genitore/tutore dello/a studente (Cognome Nome).....
nato/a ail.....
residente ain
che frequenta la classe..... Sezione..... dell'Istituto.....
sita in via.....cap.....
Località.....prov.....
essendo il minore affetto da.....
e considerata l'assoluta necessità, chiede che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario
scolastico, la terapia farmacologica (crocettare ciò che interessa):

1. Con vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica,
rilasciata in data..... Dall'ASL di.....
2. Con vigilanza del genitore o delle persone di seguito delegate.....
.....

alle quali è consentito l'accesso ai locali dell'Istituto negli orari necessari.

Consapevoli che nel caso 1. 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 Regolamento UE 679/2016 (i dati
sensibili sono idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

(barrare ciò che interessa)

SI

NO



Tec. "Paolini" – Prof. "Cassiano da Imola"

Sede Centrale: Via Guicciardini, 2 - 40026 IMOLA (BO) Tel. 0542 658711 Fax 0542 27357

Sede Cassiano da Imola: Via Ariosto 1/C Tel. 0542 25751/613559

Cod. Fiscale: 90032210370

Codice Meccanografico: BOIS012005

CUF: UFZNX9

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che l'altro genitore ne è a conoscenza ed è d'accordo.

Imola,.....

Il genitore /tutore

.....
Numeri di telefono utili:

Medico curante.....

Genitori.....

Atri.....