

Allegato D

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....genitori
dell'alunno/a.....
nato/ail.....
residente a in via.....
frequentante la classe.....sez.....della Scuola.....
sita a in Via.....

Essendo il minore affetto da
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in datadal dott.;
consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
Acconsono 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).

Data,

Firma dei genitori