

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 sotto la vigilanza del 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