

Allegato A/1

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti
genitori dinato a il
residente a in via.....frequentante
la classe della Scuola.....,
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.lgs196/3(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
.....