

Allegato D

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto comprensivo
di Gauro

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti _____ e _____ genitori
dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in via
_____ frequentante la classe _____ della Scuola _____, plesso

Essendo il minore affetto da _____ e constatata l'assoluta
necessità 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
ideali a rilevare lo stato di salute delle persone)

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante _____

Genitori _____

Luogo e Data _____

*"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni
non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la
scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,
337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"*

Padre _____ **Madre** _____ **Tutore** _____