

All. D

RICHIESTA DI AUTO - SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO

E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti.....
genitori di.....nato ail.....
residente ain via
frequentante la classe..... della Scuolasita a
..... in via.....

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità 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 datadal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentiamo 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)

SI NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

- ◆ Pediatra di libera scelta/medico curante (nome e numero di tel).....
- ◆ Genitori (nomi e numeri di tel).....