

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

I dati potranno essere trattati dai responsabili del trattamento nominati, oltre che dal personale autorizzato dell'Ente, comunicati in adempimento di obblighi normativi.

Data,

Firma dei genitori

.....

.....