

## Richiesta di auto somministrazione del farmaco

Il sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....,

Genitore dell'alunno/a ....., (oppure)

Esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a .....,

nato/a a ..... e residente a ..... in Via  
 ....., che frequenta la classe ... sez ... dell'**I.C.Salvo D'Acquisto**,  
 plesso.....

Essendo il minore affetto da ..... e constatata l'assoluta necessità, chiede  
 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.  
 .....

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

Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3.

Luogo

\_\_\_\_\_

Data

\_ / \_ / \_

Firma

\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori ..... .....