Allegato D **Al Dirigente Scolastico**

OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....genitori

dell'alunno/a.....

nato/a a .....il.....

residente a ..... in via.....

frequentante la classe.....sez.....della Scuola.....

sita a ..... in Via.....

Essendo lo studente affetto da .....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **lo studente si autosomministri**, 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 di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsento 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).

Data, Firma dei genitori

.....

.....