

## RICHIESTA AUTO SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Alla Dirigente Scolastica  
IC C. Cantù  
Via dei Braschi 12  
20161 - Milano

I sottoscritti: \_\_\_\_\_

genitori o tutori/esercenti la potestà genitoriale di: \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la sezione/classe: \_\_\_\_\_ della

Scuola

Infanzia       Primaria C. Cantù       Primaria A. Frank       Secondaria U. Saba

Essendo il minore affetto da ..... e constatata l'assoluta necessità, chiedono 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 e sensibili ai sensi del D. Lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Firma<sup>1</sup>

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà.