

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (studenti minorenni)

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

Essendo effetto/a da
chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario
scolastico, la terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata
in datadal dott.

CONSAPEVOLI

che l'operazione di eventuale vigilanza è svolta da personale non sanitario, sollevano
lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento e
acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3.

Data,

Firma dei genitori

.....
.....