

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (studenti maggiorenni)

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a ail.....

residente a in via.....

frequentante la classe.....sez.....del Liceo Morgagni

..... sito a in

Via.....

Essendo effetto/a da

dichiara di **autosomministrarsi**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in datadal dott.

CONSAPEVOLE

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

Data,

Firma

.....

.....