

**OGGETTO: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (studenti maggiorenni)**

Il/la sottoscritto/a.....

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

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 data .....dal 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

.....

.....