



MODULO – M. 09

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare in segreteria)

Il sottoscritto
genitore di nato a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta
necessità, chiedono che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed in orario scolastico, la terapia
farmacologica con / senza la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione
medica rilasciata in data dal Dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta dal singolo allievo solleva il personale scolastico da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del GDPR 679/2016 (i
dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

.....

Genitori

.....
.....