RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO

E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti _____ e _____

genitori di _____nato a _____il _____

residente a _____in Via _____

frequentante la classe _____sez. _____ 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 orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____dal/la dott./ssa_____

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 ai sensi del Regolamento Europeo protezione dati (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Ardenno, _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Numeri di telefono utili:

pediatra di libera scelta/medico curante _____

genitori _____

Nel caso in cui si è impossibilitati a fornire la doppia firma, il genitore firmatario è tenuto a sottoscrivere anche la seguente autodichiarazione:

Il sottoscritto _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____