

**OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti.....genitori  
dell'alunno/a.....  
nato/a 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 la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data .....dal dott. ....

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 così come adeguato dal DLgs n. 101/2018 al Regolamento UE n. 679/2016 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Data,

Firma dei genitori

.....  
.....