

Alla Dirigente Scolastica  
Dell'IC Puccini 4Cd  
Di Casoria

### **RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ iscritto/a  
alla classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_;

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 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Data,

Firma dei genitori

.....

.....