

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

.....

.....