

Allegato C

Al Dirigente Scolastico dell'IC ROSSANO III

Oggetto: Richiesta di auto somministrazione di farmaci

I sottoscritti genitori (madre_____ (padre)_____

genitori dell'alunno_____ nato a_____ il_____ frequentante la

classe_____ sez_____ della Scuola_____

Essendo il minore affetto da_____ e constatato l'assoluta necessità,

CHIEDONO

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 dottor_____

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante datale intervento, acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/93 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data_____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Madre_____ padre_____

Numeri di telefono utili

Pediatra_____

Genitori_____