

Allegato D

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via
Essendo il minore effetto 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 dott.

Procedura da adottare:

.....
.....
.....
.....

I sottoscritti acconsentono 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)

Luogo e Data il

Firma dei genitori

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Medico curante

Genitori