

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**  
(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO  
E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti.....

.....

genitori di.....

nato a .....i.....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. ....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo protezione dati (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Ardenno, data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela genitoriale

.....

**Numeri di telefono utili:**

Pediatra di libera scelta/medico curante.....

Genitori.....