

Allegato 7

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
dell' IIS Seneca

I sottoscritti:

.....
.....

genitori dell'alunno/a.....
nato/a ail..... residente a
..... in via.....frequentante la
classe.....sez.....della Scuola..... sita a
..... in Via....., essendo il minore
effetto 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 datadal 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).

Allegano i propri documenti di identità.

Roma, lì.....

Firma dei genitori

.....
.....