

Allegato D

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare in Segreteria Alunni)

I sottoscritti
genitori dell'alunno/a nato/a a il
..... residente a in via
frequentante la classe sez della Scuola in Via.....

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità, **chiedono**
che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico dei farmaci, 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 assistita da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità
civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali connessi alla presente richiesta ai sensi del GDPR 679/2016
come recepito dal D.lgs 101/2019

....., lì

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori
.....

IMPORTANTE

Le dichiarazioni sottoscritte sono rese ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 D.P.R. 28/12/2000, n.445
sotto personale responsabilità, consapevole/i delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR in
caso di dichiarazioni mendaci.

N.B. PER I CASI DI UNICO GENITORE FIRMATARIO MA CON RESPONSABILITÀ GENITORIALE DI ENTRAMBI:

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n. 445 sotto la mia responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR in casi di dichiarazioni mendaci, dichiaro che l'altro genitore è a conoscenza e in accordo con le scelte esercitate attraverso la presente dichiarazione.