

Prot. n. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Allegato D

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I  
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente scolastico dell'IISS "Basile D'Aleo"

Il sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....,

Genitore dello studente/essa ....., (oppure)

Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa .....,

nato a ..... e residente a ..... in

Via ....., che frequenta la classe ... sez ...

indirizzo:.....

dell'IIS Basile D'Aleo

Essendo il minore affetto da ..... e constatata l'assoluta necessità, chiede 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. ....

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

Acconsente 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).

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Si allega alla .....  
presente: .....  
.....  
.....

In fede,

Luogo

Data

Firma<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

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

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a.

*Modulistica per la famiglia – Autosomministrazione di farmaci in orario scolastico – Richiesta alla scuola -*

Prot. n. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Allegato D

Genitori .....