Allegato D: compilazione a cura di genitori/tutore legale

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto _____

OGGETTO: richiesta di AUTOSOMMINISTRAZIONE di farmaci

I sottoscritti
genitori/tutore legale di
nato/a a il
residente a in via
frequentante la scuola..... classe..... sez

chiedono che

l'alunno affetto da possa autosomministrarsi il farmaco
....., come da allegata autorizzazione e prescrizione medica rilasciata in
data ___/___/___ dal PLS/MMG dott., con la vigilanza del
personale della scuola.

I genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale sono consapevoli che l'operazione di
vigilanza viene svolta da personale non sanitario e sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e
penale derivante dalla supervisione.

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).

"I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni
non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiarano di aver effettuato la
scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,
337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Luogo e Data

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

Genitore 1 _____

Genitore 2 _____

Tutore Legale _____