

Prot. n. _____/_____

Allegato D

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

Al Dirigente scolastico dell'
ISTITUTO PARITARIO "G. VISCONTI"
Fondazione Luigi Granese
Via Nazario Sauro, 1 - 00195 Roma
Cod. Fisc. 97320380583

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 ...

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
_ / _ / _

Firma¹

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori

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