**Allegato A/1**

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti ................................................................................................................................................... genitori di ..........................................................................nato a ......................................... il ........................ residente a ................................................. in via........................................................................frequentante

la classe ............... della Scuola......................................................................................................,

essendo il minore effetto da …........................................................ e constatata l'assoluta necessità, chiedono 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.…...........................................................

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

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/3(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data ................................ il........................ Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

..................................................................................

**Nu m er i di tele fono ut ili:**

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

........................................