**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I**

**NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente scolastico dell’IISS “F. De Sanctis”

Via Boschetto, 1

83054 – Sant’Angelo dei Lombardi (AV)

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 … dell’IISS “F. De Sanctis”,

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[[1]](#footnote-1) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_/\_\_ /\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Numeri di telefono utili:

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

Genitori ......................................... ........................................

1. Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l’alunno/a. [↑](#footnote-ref-1)