

*MINISTERO DELL’ISTRUZIONE, DELL’UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA*

**ISTITUTO COMPRENSIVO LUIGI NONO MIRA**

**Scuole dell’infanzia** - **Scuole primarie** - **Scuole secondarie I grado**

Via E. Toti, 37- 30034 Mira (VE) tel. 041.420355

 e-mail: VEIC868002@istruzione.it – posta certificata: VEIC868002@pec.istruzione.it

Cod. Scuola VEIC868002 – Codice fiscale 90164460272 – Codice Univoco Fatturazione UF15TU

# Allegato D

**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………………………………………………………………………………….

sita a ................................................. in Via………………………………………………………………………………

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.lgs 196/3 (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 responsabilità genitoriale

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

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

Numeri di telefono utili:

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

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