

Prot. n. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Allegato D

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

Al Dirigente scolastico dell'IC "A. Custra"  
Via Europa, 22  
80040 – Cercola (NA)

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

Firma<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

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

Genitori .....

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