

Oggetto: **Richiesta per autosomministrazione di farmaci in orario scolastico**

I sottoscritti

Genitore/tutore 1 _____

Genitore/tutore 2 _____

Genitori/tutori dell'alunno/a _____

frequentante la cl. ____ sez. _____ della scuola nel comune di _____

INFANZIA

PRIMARIA

SECONDARIA DI PRIMO GRADO

potendosi trovare il minore nella circostanza di

CHIEDONO

autorizzazione all'introduzione e all'uso di farmaci da parte del proprio figlio/a, finalizzati all'auto somministrazione in ambito ed orario scolastico, del/i seguente/i farmaco/i:

A tal fine dichiarano che la circostanza per cui si inoltra la presente richiesta è gestibile da parte del proprio/a figlio/a per età, esperienza, addestramento in quanto autonomo/a nella gestione del problema di salute. Tale istanza è valida per tutto il corrente anno scolastico.

Si allega dichiarazione del Medico, Dott. _____

attestante che ricorrono le circostanze utili all'autosomministrazione del farmaco.

- | |
|---|
| <p><input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a, letta l'informativa sull'area Privacy del sito della scuola, dà il consenso al trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità indicate nella qui presente informativa
GENITORE 1</p> <p><input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a, letta l'informativa sull'area Privacy del sito della scuola, dà il consenso al trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità indicate nella qui presente informativa
GENITORE 2</p> |
|---|

Data _____

Firma

Genitore/tutore 1 _____

Genitore/tutore 2 _____

Numeri di telefono utili:

Genitore/tutore 1 _____

Genitore/tutore 2 _____

Altro riferimento _____