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

**NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente scolastico

Il sottoscritto (Cognome e Nome) ..……………………………………………………………..……., nat.. il ………………………..

La sottoscritta (Cognome e Nome) ..……………………………………………………………..……., nat.. il ………………………..

□ Genitori dello studente/essa ......................................................, (oppure)

□ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ....................................................,

nato a ………………………………………………. e residente a ……………………..…………….…. in Via ……..…………………………………………, che frequenta la classe … sez … dell’IC……………………………………………”,

Essendo il minore affetto da …........................................................ e constatata l'assoluta necessità,

**CHIEDIAMO/CHIEDO**

anche per conto dell’altro genitore o dell’esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta) ○

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 196/93 come modificato dal 101/2018 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente: …………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data | Firma[[1]](#footnote-1) | Firma[[2]](#footnote-2) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |

Numeri di telefono utili: …………………………………………. E mail ……………………………………………

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

.Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

A tal fine si allega anche copia del documento d’identità del genitore impossibilitato  il cui telefono personale è ……………………....….

Il genitore unico firmatario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. N.B.Allegare copia documenti riconoscimento dei genitori che rendono la dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000, anche in caso di unico firmatario.  [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)