## Allegato A

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al Dirigente Scolastico)

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 la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, 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 patria potestà

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

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

Numeri di telefono utili:

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

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

## Allegato D

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al Dirigente Scolastico.)

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 196/2003 e dell’art 13 del GDPR

(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 patria potestà

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

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

Numeri di telefono utili:

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

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

## Allegato D

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a o alunno maggiorenne e da consegnare al Dirigente Scolastico.)

Il sottoscritto

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

alunno maggiorenne ................................................................. nato a .......................................il

.............. residente a ................................................. in via ..................................................

frequentante la classe .......... della Scuola ..............................................................................

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

Essendo affetto da …......................................................................

e constatata l'assoluta necessità, chiede di **auto-somministrarsi**, 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.

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)

Luogo e Data ................................ il ........................

Firma alunno maggiorenne ……………………………………………

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà (alunno minorenne)

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

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

Numeri di telefono utili:

Medico curante ...................................

Alunno maggiorenne ……………………………

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