**Allegato D Al Dirigente Scolastico**

**OGGETTO: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti.............................................................................................genitori

dell'alunno/a.....................................................................................................

nato/a........................................il....................................................................

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

frequentante la classe.........sez.........................................................................

essendo il minore effetto da ............................................

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, 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 di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsento 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).

Data, Firma dei genitori

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

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