

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

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 affetto 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.

Luogo e Data il

Firma Padre

Firma Madre.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori

***Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità', ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori"**

* Nel caso in cui firma un solo genitore