

MODULO N. 3

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "F.lli Mercantini"
FOSSOMBRONE (PU)

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti genitori di
..... nato a il
..... residente a in via frequentante
la classe della Scuola 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 sollevano 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.

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