**Allegato D Alla Coordinatrice delle attività educative e didattiche**

**OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti..........................................................................................................................Genitori

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

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

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

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

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

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

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

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