



Istituto Comprensivo VIA BELFORTE DEL CHIENTI

SEDE CENTRALE: Via Belforte del Chienti, 24 – 00156 Roma - ☎ 06 41217716

Codice fiscale: 97712620588 – Cod. meccanografico: RMIC8EQ00G

<https://www.icbelfortedelchienti.edu.it>

✉ RMIC8EQ00G@istruzione.it

pec: RMIC8EQ00G@pec.istruzione.it



PLESSO A.S. 202...../2.....

AL DIRIGENTE SCOLATICO DELL' I.C. VIA BELFORTE DEL CHIENTI

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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 dall'alunno e non dal Personale Scolastico, i sottoscritti 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 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Roma, Firme dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

(Nel caso in cui uno dei due genitori sia impossibilitato a firmare)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

dichiara che, ai fini dell'applicazione dell'art. n. 317 del Codice Civile, l'altro genitore, in ogni caso posto a conoscenza della autorizzazione di cui sopra, non può firmare il consenso perché assente per:

Lontananza Impedimento Altro

Firma del genitore dichiarante _____

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori