



## Istituto Comprensivo VIA BELFORTE DEL CHIEN TI

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](mailto:RMIC8EQ00G@istruzione.it)

pec: [RMIC8EQ00G@pec.istruzione.it](mailto:RMIC8EQ00G@pec.istruzione.it)



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

### AL DIRIGENTE SCOLATICO DELL' I.C. VIA BELFORTE DEL CHIEN TI

#### 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 .....