

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico

IC Fiano

I sottoscritti

genitori di nato/a a..... il
..... residente a in via.....
frequentante la classe della Scuola Secondaria di I grado plesso

essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità
di proseguire la terapia prescritta dal pediatra/medico curante, chiedono l'autorizzazione per
l'autosomministrazione in ambito ed orario scolastico del seguente farmaco..... Nel
periodo dal..... al

I sottoscritti genitori dichiarano che non sussistono possibilità di manifestazione di effetti collaterali e
sollevano la scuola da ogni responsabilità per quanto possa accadere al proprio figlio durante
l'autosomministrazione.

Acconsentono al trattamento dei dati personali relativi allo stato di salute secondo quanto previsto dal
GDPR 2016/679.

Data,_____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

