

ALLEGATO D

**Alla Dirigente scolastica  
4 Circolo didattico Lecce**

**Al Personale docente**

**Al Personale ATA**

**OGGETTO: 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 da personale non sanitario solleva 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 e Regolamento UE 679/2016 (i  
dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori ..... ..