

**CONSENSO ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e consegnare al D.S.)

I sottoscritti ..... , genitori dell'alunno/a ..... , nato/a a ..... , il ..... , residente a ..... in via ..... , frequentante la classe ..... della Scuola ..... dell'I.C. "P. Ferrari" di Pontremoli, acconsentono che il figlio/a ai autosomministri, in ambito scolastico, la terapia farmacologica, con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal dott. .... , essendo il minore affetto da .....

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 1696/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e data ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....