

Allegato E

Al Dirigente Scolastico  
I.C. Santa Chiara  
Piazza VI Dicembre - Enna

**OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti.....genitori  
dell'alunno/a.....nato/a a  
.....il..... residente a  
..... in via.....frequentante la  
classe.....sez.....della Scuola..... sita a ..... in  
Via.....

Essendo il minore affetto da .....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data .....dal dott. .... dalla quale si evincono anche le modalità di conservazione del farmaco.

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano l'Istituto scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Enna,

Firma dei genitori

.....

**I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.**

**SI                      NO**

Il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_