

**OGGETTO: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (studenti minorenni)**

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 effetto/a da .....  
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. ....

**CONSAPEVOLI**

che l'operazione di eventuale vigilanza è svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento e **acconsentono** al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3.

Data,

Firma dei genitori

.....  
.....