**Al Dirigente Scolastico**

**Istituto Comprensivo “Padre Pio”, Sacrofano**

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti ...................................................................................................................................... genitori di ................................................................. nato a ......................................... il .............. residente a ................................................. in via ................................................................................

frequentante la classe .......... della Scuola ...........................................................................................

sita a .................................................

Essendo il minore effetto 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. …...........................................................

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (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

..................................................................................

..................................................................................

Numeri di telefono utili:

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

Genitori ......................................... ........................................