

AL DIRIGENTE SCOLASTICO I.C. VERBANIA TROBASO**RICHIESTA PER AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
INDISPENSABILI (SALVAVITA) IN ORARIO SCOLASTICO**

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 l'autosomministrazione in ambito
ed orario scolastico dei farmaci da parte del proprio figlio/figlia, come da
allegata prescrizione del medico:

Dr.....rilasciata in data.....

Ritenuto che l' autosomministrazione del farmaco sia gestibile da parte del
proprio/a figlio/a per età, esperienza, addestramento in quanto autonomo/a
nella gestione del problema salute, sollevando da eventuali responsabilità
penali e civili derivanti dall'autosomministrazione della terapia farmacologica
prescritta.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del
D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle
persone).

SI

NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....

.....

Numeri di telefono utili:

- Genitori
- Pediatra di libera scelta/Medico Curante