



Istituto di Istruzione Superiore **EUGANEO**

Via Borgofuro n. 6 - 35042 - Este (PD)
Tel. 0429.2116 - <https://euganeo.edu.it/>
PDIS026002 - CF 91023830283
pdis026002@istruzione.it - pdis026002@pec.istruzione.it



RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare
al Dirigente scolastico, unitamente alla prescrizione del medico curante)

I sottoscritti:

- 1) _____
- 2) _____

genitori/responsabili genitoriali dell'alunna/o

frequentante la classe _____ dell'I.I.S. Euganeo di Este (PD)

nata/o a

_____ ,

il _____ ,

residente a _____ , in via _____ ;

affetta/o dalla seguente patologia:

**CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, AUTORIZZANO LA/IL PROPRIA/O FIGLIA/O
ALL'AUTO-SOMMINISTRAZIONE - IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO - DEL/I FARMACO/I
INDICATO/I SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA,**
RILASCIATA IN DATA _____

DAL MEDICO DOTTORE _____

FARMACO _____

- ☐ I sottoscritti genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del D.Lgs 101/2018 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 27.04.2016 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.



Istituto di Istruzione Superiore **EUGANEO**

Via Borgofuro n. 6 - 35042 - Este (PD)
Tel. 0429.2116 - <https://euganeo.edu.it/>
PDIS026002 - CF 91023830283
pdis026002@istruzione.it - pdis026002@pec.istruzione.it



Data _____

Firma dei genitori/Responsabili genitoriali

1) _____ 2) _____

Recapiti telefonici utili:

- Madre o responsabile genitoriale (cellulare): _____
- Padre o responsabile genitoriale (cellulare): _____
- Pediatra di libera scelta/MMG/Specialista:

Cellulare: _____, Ambulatorio: _____