



## 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/tutore/i 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/tutori 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.



Data \_\_\_\_\_

## Firma dei genitori/Responsabili genitoriali/Tutori

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici utili:

➤ Madre o responsabile genitoriale (cellulare): \_\_\_\_\_

➤ Padre o responsabile genitoriale (cellulare): \_\_\_\_\_

➤ Pediatra di libera scelta/MMG/Specialista:

Cellulare: \_\_\_\_\_, Ambulatorio: \_\_\_\_\_