



Allegato C – Richiesta di auto-somministrazione farmaci

I sottoscritti*
genitori/tutori/affidatari di nato a
..... il residente a
in via frequentante la classe e sezione della scuola
dell'infanzia / primaria / secondaria dell'IC 70 Marino – Santa Rosa, plesso sito a
Napoli, in via Essendo il minore affetto dalla seguente
patologia e constatata l'assoluta
necessità, come da allegata certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto

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) e del Regolamento UE 2016/679.

Luogo e data

Firma

**Genitori/chi esercita la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario, per gli alunni delle scuole dell'infanzia,
primarie e secondarie di I grado (se minorenni)*

Si allega certificazione.

Numero di telefoni utili:

Genitori _____

Tutore/affidatario _____