

Io sottoscritto/a _____ genitore/tutore
dell'alunno/a/studente _____
nato/a _____ il _____ frequentante
la classe _____ Sez. _____ della Scuola _____
Plesso _____

AUTORIZZO

mio/a figlio/a all'autosomministrazione del farmaco e sollevo codesto Istituto da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica, di cui alla allegata prescrizione medica.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili* da parte di terzi ai sensi del D.Lgs.196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta.

FIRMA

Padre _____

Madre _____

Luogo e data _____

*I dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone

Numeri di telefono utili:

Medico prescrittore Dr. _____ Tel. _____

Genitori:

Telefono abitazione _____

Mamma cell. _____

Papà cell _____