

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 \_\_\_\_\_