***ALLEGATO 3***

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DELL’II.SS. E. MEDI**

**DI PALERMO**

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVA VITA**

(Da compilare a cura dei genitori **dell’alunno/a minorenne** e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti ......................................................................................................................................... genitori di ................................................................. nato a ......................................... il .................. residente a ................................................. in via ................................................................................

frequentante la classe .......... della Scuola ...........................................................................................

sita a ................................................. in Via .........................................................................................

Essendo il minore effetto da …........................................................ e constatata l'assoluta necessità, 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. …...........................................................

**Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**

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)

Luogo e Data ................................ il ........................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

..................................................................................

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante ...................................

Genitori .................................................................................