

## Allegato 6

Al Dirigente Scolastico dell'IC "G. D. Romagnosi"  
Carate Brianza

Oggetto: richiesta di autosomministrazione di farmaci

I sottoscritti.....genitori

dell'alunno/a.....

nato/a a .....il.....

residente a ..... in via.....

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

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

Essendo il figlio/a affetto da .....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore autosomministri**, 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 di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano il personale da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.).

Data,

Firma dei genitori

.....

.....