

Mod. B

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INDISPENSABILI / SALVAVITA DA PARTE DELLO STUDENTE

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a)

Noi sottoscritti e

☐ genitori ☐ tutori di nato/a il / / a

..... Prov. residente a

Prov. in via

frequentante la classe del vostro Istituto, essendo nostro figlio/a affetto da:

....., constatata l'assoluta

necessità, chiediamo che sia autorizzato ad **autosomministrarsi**, in ambito e orario scolastico, farmaci

indispensabili/salvavita, come da allegata certificazione medica (Mod. B1) rilasciata in data

..... / / dal Medico curante, Dott.

Con la presente solleviamo il vostro Istituto da ogni responsabilità civile e penale così come previsto dalla normativa vigente.

NB: una volta accolta la nostra richiesta consegneremo il/i farmaco/i da conservare a scuola in caso di emergenza (smarrimento, dimenticanza, malfunzionamento del dispositivo...) sottoscrivendo il Mod. B2.

Con la presente autorizziamo il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Milano, / /

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Madre:

Padre:

Tutore:

Numeri di telefono utili in caso di emergenza:

Madre:

Padre:

Tutore:

Medico: