

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I**NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Alla Dirigente Scolastica dell'I.C. Portici 3
"don Peppe Diana" di Portici (NA)

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome)

☐ Genitore dell'alunno/a, (oppure)

☐ Esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a,

nato/a a e residente a in Via
....., che frequenta la classe/sezione del plesso di scuola
(infanzia/primaria/secondaria di I grado)..... dell'Istituto Comprensivo Portici 3 "don Peppe
Diana" di Portici (NA),

essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità, chiede 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.
.....

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

Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.lgs. 101/2018,
esclusivamente per le finalità di gestione della somministrazione della terapia farmacologica e per adempiere agli
obblighi di legge e di sicurezza. I dati saranno trattati con modalità strettamente necessarie, con misure di sicurezza
adeguate e conservati per il tempo strettamente necessario al perseguimento delle suddette finalità. Il genitore o
esercente la potestà genitoriale ha diritto di accesso, rettifica, cancellazione e limitazione del trattamento dei dati,
nonché di opposizione al loro trattamento, secondo quanto previsto dagli artt. 15-22 del GDPR.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal
d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità
genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Si allega
alla
presente:

In fede,

Luogo

Data

Firma¹

_____ / / _____

Numeri di telefono utili: Tel. Pediatra di libera scelta/medico curante

Tel. Genitori

¹ Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a.