

# AUTORIZZAZIONE AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACO/I

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo Portici 3 don Peppe Diana

I sottoscritti (Cognome e Nome) ..... e  
(Cognome e Nome) .....,

Genitori dello studente/essa ....., (oppure)

Esercenti la potestà genitoriale sullo studente/essa .....,

nato/a a..... il ...../...../..... e residente a ..... in  
Via ....., che frequenta la classe ..... sez .....  
della Scuola Secondaria di I grado, consapevoli del fatto che il personale scolastico non ha né competenze  
né funzioni sanitarie,

## AUTORIZZANO

Il/la figlio/a, in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco, l'**assunzione in caso di necessità**  
dei farmaci qui sotto indicati:

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

Sollevano il personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco.  
Sarà nostra cura provvedere alla fornitura dei farmaci.

In caso di necessità, i recapiti da contattare sono i seguenti:

	Famiglia
Numeri di telefono:	

A tal fine acconsentiamo al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile e ss.mm.ii. come pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea 127 del 23 maggio 2018.

I sottoscritti, consapevoli delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiarano 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.

In fede

Luogo

Data

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_