

**Allegato D**

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo Villabate 1

**OGGETTO : RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE 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.....

**CHIEDONO**

Essendo il minore affetto da ..... e constatata l'assoluta necessità  
che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica e/o il  
farmaco.....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 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)

*"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai  
sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità  
genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"*

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

Firma dei genitori

**padre** \_\_\_\_\_ **madre** \_\_\_\_\_ **tutore** \_\_\_\_\_