

**Allegato 2/A**

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

**Alla Dirigente Scolastica  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
"G. Falcone - P. Borsellino"  
Via Sicilia n.2 - 93013 Mazzarino (CL)**

I sottoscritti .....  
genitori di .....nato a ..... il  
.....residente a ..... in  
via.....frequentante la classe ..... della Scuola,  
essendo il minore affetto da ..... e constatata l'assoluta necessità,

**chiedono**

**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 medico curante/pediatra  
di libera scelta dott. ....

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

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/2003 (i dati sensibili sono i  
dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

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

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

**Numeri di telefono utili:**

Pediatra di libera scelta/medico curante.....

Genitori .....

.....