**Allegato D Al Dirigente Scolastico**

**OGGETTO: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti ………............................................................................................................................... genitori dell'alunno/a................................................................................................................nato/a a ............................................ il ................................. residente a ....................................... in via ...................................................................................frequentante la classe.........sez.........del Liceo Scientifico Benedetto Croce di Palermo, plesso …………………………………………………….

Essendo il minore effetto da .................................................................................................................

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, 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. …........................................................

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. Acconsento 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).

**Palermo,**

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

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

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