**

**Istituto Comprensivo “Martiri della Libertà”**

Scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria di 1° grado

Piazza Combattenti d’Italia,21/a – 13017 QUARONA (VC) – C.F. 91011960027

Tel. 0163 430301 - Fax 0163 432513 - Sito web: [www.icquarona.edu.it](http://www.icquarona.edu.it/)

Email: vcic81200r@istruzione.it Posta certificata: vcic81200r@pec.istruzione.it

|  |  |
| --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a,  |  |
|  | (Cognome e nome) |
| Genitore/tutore di  |  |
| iscritto/a alla classe  |  | sezione |  |
| Scuola | [ ]  infanzia |  |  | **A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | [ ]  primaria | [ ]  secondaria di I° grado |  |

Essendo il minore affetto da ..........................................................................................

e constatata l'assoluta necessità, chiede 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).

Si allega certificato medico con indicazioni sulla somministrazione.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma genitore/tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_