**

**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](mailto:vcic81200r@istruzione.it) Posta certificata: [vcic81200r@pec.istruzione.it](mailto: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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_