**Allegato 7**

**Al Dirigente Scolastico**

**Convitto Nazionale “P. Galluppi”**

**Catanzaro**

**OGGETTO: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE 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....................................................................

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. 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).

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dei genitori

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

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