

Prot. n. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Allegato 5

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I**

**NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente scolastico del Liceo Scientifico Statale F. Lussana  
Via A. Maj 1  
Bergamo

Il sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....

Genitore dello studente/essa ....., (oppure)

Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa .....,

nato a ..... e residente a ..... in Via  
....., che frequenta la classe ... sez ... del Liceo Scientifico  
Lussana,

Essendo il minore affetto da ..... e constatata l'assoluta necessità, chiede  
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 dott.  
.....

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

Acconsente 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).

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste  
dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità  
genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Si allega .....  
alla .....  
presente: .....

In fede,

Luogo

Data

Firma<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

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

Genitori .....

<sup>1</sup> Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a.