



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPRENSIVO "VELLETRI NORD"  
SEDE CENTRALE: Via Fontana della Rosa, 159 - 00049 Velletri (RM) - ☎ 069634194 fax 069630100  
Cod. Mecc. RMIC8D500D - Codice Fiscale 95036930584 - Codice Univoco UFFE4H - Distretto 39\*  
e-mail: [RMIC8D500D@istruzione.it](mailto:RMIC8D500D@istruzione.it) sito web: [www.ic-velletrinord.gov.it](http://www.ic-velletrinord.gov.it)

## MOD.B1

### RICHIESTA DI AUTO - SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S)

I sottoscritti/a/o \_\_\_\_\_

Genitori/e dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

Ordine di scuola \_\_\_\_\_ A.S. \_\_\_\_\_

Al bisogno senza certificazione medica (nome del farmaco) \_\_\_\_\_

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta necessità, chiedono che il minore si auto-somministri, in ambito 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 viene svolta da personale non sanitario solleva 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).**

Velletri \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numeri utili genitori o medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_