**Allegato D**

 **Al Dirigente Scolastico**

**dell’I.I.S. “ R. Salvo” di Trapani**

 **OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA**

 I sottoscritti.......................................................................................................genitori

dell'alunno/a.................................................................................................................

nato/a a ........................................il................................................................................

residente a ....................................... in via.....................................................................

frequentante la classe.........sez.........del Plesso..........................................................

sito 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. 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).

 Data, ....................................... Firma dei genitori

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

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