**Modulo 1** Al Dirigente Scolastico dell’IC ANZIO IV

I sottoscritti in

qualità di

* Genitori
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dello/a studente/ssa nato/a

…………….…………… il………………………. e frequentante nell’anno

scolastico …..……/ la

classe……………..…

# CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i

………………………………………………………………., coerentemente alla

certificazione medica allegata.

A tal fine:

# AUTORIZZA

* Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

□ Il minore stesso all'auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

## Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante Numeri di telefono utili:

Medico Curante …………………………………………….

Genitori …………………………………………………..……

In fede.

Data, …………….. Firma di entrambi i genitori/tutore

……………………………………………………………

## Modulo 2

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili**

I sottoscritti in

qualità di

* Genitori
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dello/a studente/ssa ……………………………………………..………………..… nato/a

………………………… il………………………. e frequentante nell’anno scolastico…………/ la

classe……..…………

**si dichiara di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali e acconsente** al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

**Nota importante: si precisa che il mancato consenso non consente la possibilità di accogliere la presente richiesta.**

Data, …………….. Firma di entrambi i genitori/tutore

…………………………………………………………………