

I sottoscritti..... in  
qualità di

- Genitori
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dello/a studente/ssa .....nato/a  
 ..... il..... e frequentante nell'anno  
 ...../ 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

.....