

OGGETTO: conferma richiesta di autosomministrazione farmaci (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti _____

genitori dell'alunn_ _____

nat_ _____ il _____

iscritt_ alla classe _____ sez. _____

Essendo il minore affetto da _____

e constatata **l'assoluta necessità**, chiedono la conferma della possibilità che il minore si autosomministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, anche per l' a.s. _____

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.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali e successive norme nazionali di adeguamento (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone). L'informativa privacy relativa ai dati richiesti è consultabile al link: https://trasparenza-pa.net/action/download.php?file_id=4999132

Firma di entrambi i genitori: _____

In caso di una sola firma:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore _____