

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

in qualità di genitori / tutori / soggetto affidatario

dell'alunno \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_

**consegna il certificato medico, redatto dal Dott. .... in data ....., in cui  
risulta che il/la suddetto/a alunno/a necessita della somministrazione di .....**

**Autorizza il/la proprio/a figlio/a all'autosomministrazione di detto farmaco**

**Delega i seguenti docenti/collaboratori scolastici alla suddetta somministrazione:**

**Firma per accettazione**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**ESONERA la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa.  
In caso di emergenza verrà allertato il servizio di emergenza (118/distretto ASL 5) e saranno avvisati i  
genitori.**

Ai sensi del D.lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Regolamento UE 2016/697 il trattamento dei dati personali ed in particolare quelli sensibili sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti della persona. I sottoscritti, acquisite le informazioni dal titolare del trattamento, prestano il loro consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni di competenza.

**Data** \_\_\_\_\_ **Firme:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_ Il genitore unico firmatario: \_\_\_\_\_