**ALLEGATO C AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DEL LICEO STATALE “TOMMASO GULLÌ”**

**REGGIO CALABRIA**

**OGGETTO: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori

dell'alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe\_\_\_\_sez.\_\_\_\_ del Liceo Statale Tommaso Gullì, sito a Reggio Calabria in Corso Vittorio Emanuele 69, 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.

I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del **REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI (GDPR UE) 2016/679 - SOMMINISTRAZIONE FARMACI.**

**Luogo e data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

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

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