



Ministero dell'Istruzione e del Merito
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "INDRO MONTANELLI"
Piazza L. Cerva, 45 – ROMA - C.F. 97197560580 COD. MEC. RMIC86100B

I sottoscritti ,
in qualità di genitori/tutori dell'alunno/a ,
nato/a a il
....., frequentante la classe Sez.
plesso , essendo il/la minore affetto/a da
..... , e constatata l'assoluta necessità,

- chiedono la somministrazione, in ambito ed orario scolastico, dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal Dott.
- chiedono che il/la minore si auto-somministri, 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 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 della normativa vigente.

Roma, / /

Firme dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....