



## ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE

“E. Ruffini – D. Aicardi”

Convitto annesso

C.F.: 90051650084 – P.IVA: 00169380086

[www.ruffiniaicardi.it](http://www.ruffiniaicardi.it)

[IMIS00400L@istruzione.it](mailto:IMIS00400L@istruzione.it) / [pec: IMIS00400L@pec.istruzione.it](mailto:IMIS00400L@pec.istruzione.it)

**Sede e Istituto Professionale Enogastronomia e Ospitalità Alberghiera**

Via Lungomare 141 – 18018 TAGGIA (IM) - tel. 0184461082 / fax 0184461083

**Istituto Tecnico Turismo e Istituto Professionale Servizi per la Sanità e l'Assistenza Sociale**

Via Quinto Mansuino – Mercato dei Fiori Valle Armea – 18038 SANREMO (IM)

**Istituto Professionale Agricoltura, Sviluppo Rurale, Valorizzazione  
dei Prodotti del Territorio e Gestione delle Risorse Forestali e Montane**

Strada Maccagnan 37 – 18038 SANREMO (IM) – tel. 0184502326 / fax 0184507285

### Allegato C – Auto-Somministrazione farmaci

#### RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori / del tutore dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

Il/la/i sottoscritto/a/i, esercente/i la responsabilità genitoriale in qualità di

PADRE	ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE
Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Indirizzo (via, n. civico, città, provincia)	
Recapiti telefonici (fissi e/o cell.)	
Mail per comunicazioni	

MADRE	ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE
Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Indirizzo (via, n. civico, città, provincia)	
Recapiti telefonici (fissi e/o cell.)	
Mail per comunicazioni	

TUTORE	ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE
Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Indirizzo (via, n. civico, città, provincia)	
Recapiti telefonici (fissi e/o cell.)	
Mail per comunicazioni	

Essendo il minore:

ALUNNO/A	
Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Indirizzo (via, n. civico, città, provincia)	
Iscritto alla classe	
affetto da	

effetto da \_\_\_\_\_  
e constatata l'assoluta necessità che lo stesso si auto-somministri la propria terapia farmacologica in specifici momenti della giornata

**CHIEDE/CHIEDONO**

che il **minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la propria 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 del Regolamento UE 2016/679

Il/I sottoscritto/i, consapevole/i delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara/dichiarano di aver effettuato la scelta/richiesta 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.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Padre** \_\_\_\_\_

**Madre** \_\_\_\_\_

**Tutore** \_\_\_\_\_