

## Allegato 4

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto di Istruzione Superiore  
"A. Volta"  
Pavia

OGGETTO : SOLLEVAMENTO DI RESPONSABILITA' PER AUTO SOMMINISTRAZIONE  
DI FARMACI

I sottoscritti .....  
genitori dell'alunno/a.....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in via.....  
frequentante la classe ..... sez ..... della Scuola.....  
sita a ..... in Via.....

Essendo lo studente affetto da ..... e constatata l'assoluta necessità  
che **lo/a stesso/a si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica e/o il  
farmaco..... con la vigilanza del personale della scuola, come da allegato  
piano terapeutico rilasciato 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.**

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati  
idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

*"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai  
sensi del DPR 245/2000, dichiara 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"*

Luogo e Data ..... il .....

Firma dei genitori

**padre** \_\_\_\_\_ **madre** \_\_\_\_\_

**esercente la responsabilità genitoriale** \_\_\_\_\_