

Allegato 5

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

OGGETTO : SOLLEVAMENTO DI RESPONSABILITA' PER 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 **allo/a stesso/a venga somministrata**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica e/o il farmaco..... come da allegato piano terapeutico rilasciato in data dal dott.

Consapevoli che l'operazione di somministrazione 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 _____