

	LICEO STATALE "FILIPPO BUONARROTI" Indirizzo scientifico – Indirizzo scientifico opzione scienze applicate Indirizzo Linguistico <i>Largo Concetto Marchesi – 56124 PISA – tel. 050570339 – fax 050570180</i> e-mail: pips04000g@istruzione.it – pec: pips04000g@pec.istruzione.it www.liceofilippob Buonarroti.it	
---	--	---

Alla Dirigente scolastica del Liceo statale “Filippo Buonarroti” di Pisa

Oggetto: AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI all’auto-somministrazione di farmaci in ambito scolastico e alla privacy

Ai sensi della nota USR Toscana n.0000321 del 10.01.2017,

I/la/il sottoscritti/a/o _____ genitori/e/tutori/e
della/o studentessa/e _____ frequentante la classe _____ sezione _____

AUTORIZZA

- la/il propria/o figlia/o all’auto-somministrazione della terapia farmacologica a lei/lui necessaria in orario scolastico e alla conservazione in totale autonomia e responsabilità del farmaco necessario all’interno del proprio materiale scolastico;
- al trattamento dei dati personali e sensibili (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone) ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.;
- all’uscita dalla classe della/l propria/o figlia/o per la somministrazione del farmaco in locale adeguato alla privacy individuato nell’infermeria del Liceo.

Firma dei genitori

Eventuale (in alternativa):

Il/ la sottoscritto/a _____, data l’impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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 _____

Firma del genitore _____

VISTA LA RICHIESTA DEI GENITORI SI AUTORIZZA L’AUTOSOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

La Dirigente scolastica
