

OGGETTO: ESONERO DI RESPONSABILITA' PER SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

Essendo lo/la studente/ssa effetto/a 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 Decreto Legislativo 2018/101 e del GDPR
(Regolamento UE 2016/679) (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 _____