



# LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. MARCONI"

Via della Costituente, 4/a – 43125 PARMA  
Tel. +39 0521.282043  
C.F: 80009230345 CUPA: UFNCYE



Email: [marconi@liceomarconipr.edu.it](mailto:marconi@liceomarconipr.edu.it)  
[prps030009@istruzione.it](mailto:prps030009@istruzione.it)

PEC: [prps030009@pec.istruzione.it](mailto:prps030009@pec.istruzione.it)

[www.liceomarconipr.edu.it](http://www.liceomarconipr.edu.it)

## Allegato D

### RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

I sottoscritti ..... genitori di  
..... nato a ..... il ..... residente a  
..... in via ..... frequentante la  
classe ..... della Scuola ..... sita a  
..... in Via ..... Essendo il  
minore effetto da ..... e constatata l'assoluta necessità, chiedono che **il  
minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la 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 solleva 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)

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

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà  
.....  
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori ..... .....