

**Allegato C**

Al Dirigente Scolastico  
della Scuola \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti \_\_\_\_\_ Genitori  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_; avendo inoltrato nel  
precedente anno scolastico formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario  
scolastico;

considerato che nel corrente anno il / la proprio/a figlio/a necessita - in caso di bisogno - della  
somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti

**CHIEDONO**

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l'Anno Scolastico \_\_\_\_\_

Inoltre, 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).

\_\_\_\_\_

I Genitori

\_\_\_\_\_