

**CONSENSO AL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI NECESSARI ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI**

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno _____
frequentante la classe ____ sez. _____ della scuola _____

DICHIARANO

di aver preso visione dell'informativa privacy e

PRESTANO IL CONSENSO

Al trattamento dei dati personali, di natura anche sensibile, necessari per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico a seguito della domanda presentata e secondo le modalità specificate nell'informativa.

Luogo e data _____, _____

Firme _____

Eventuale:

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 _____