

**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.

Sondrio, \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_