

Allegato n. 3

Richiesta per la autorizzazione al controllo glicemico e alla terapia insulinica in ambito scolastico (autonomia del minore)

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo/Servizio educativo/Comunità
Nome.....
Via.....
Località.....Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....
genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).....
nato a il.....
residente ain Via.....
che frequenta la classe sez
della scuola

DICHIARO CHE

- mio figlio/a è in grado di eseguire lo stick della glicemia, è in grado di stabilire la dose corretta e di predisporre l'insulina che si deve somministrare ed è in grado di somministrarsi l'insulina.

Pertanto CHIEDO

- che mio figlio/a sia autorizzato al controllo glicemico e alla terapia insulinica

Si chiede che il minore venga comunque assistito/a da un addetto della scuola appositamente delegato dal Dirigente Scolastico.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679

Firma del genitore o chi ne fa le veci

.....

Numeri di telefono utili:
famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale