

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI  
(D.LGS.196/2003)**

I sottoscritti genitori/ responsabili genitoriali

/

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili forniti in relazione al protocollo somministrazione farmaci a scuola

**DATA** \_\_\_\_\_

**(Firme leggibili)** \_\_\_\_\_

**RECAPITI TELEFONICI UTILI**

**Madre** \_\_\_\_\_

**Padre** \_\_\_\_\_

**PDL** \_\_\_\_\_

**MMG** \_\_\_\_\_