



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
"MARIA GRAZIA CUTULI"

Via Melizzano, 94 - 00132 - Roma

Tel.: (+39) 0622424045 – Fax: (+39) 0622429381 – Email: rmic83200b@istruzione.it

Codice ministeriale: RMIC83200B – Codice fiscale: 97198130581



MODULO DI CONSENSO INFORMATO  
AL TRATTAMENTO DEI DATI

Al Dirigente Scolastico  
I.C. " M.G. Cutuli" – Roma

I sottoscritti \_\_\_\_\_

In qualità di Genitori/Tutori del/la minore \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

Plesso Infanzia/Primaria/Secondaria Primo Grado (*barrare quello che non interessa*)

**Vista**

**L'Informativa relativa alla SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA-  
INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI**

Esprimiamo il consenso al trattamento dei dati

Autorizziamo la trasmissione dei dati da parte dell'I.C. "Maria Grazia Cutuli" – Roma all'ASL RM2 – U.O.S. Medicina Preventiva età evolutiva – Referente Percorso Assistenziale Integrato a Scuola nel rispetto della vigente normativa sulla privacy per l'attivazione dell'intervento formativo in situazione per il personale scolastico ed educativo che potrà di seguito procedere alla somministrazione del Farmaco Salvavita

Data \_\_\_\_\_

In fede

Nome e Cognome in stampatello	Firma
Padre/Tutore	
Madre/Tutore	

**Ne caso di firma di un solo genitore**

Il/La sottoscritta/a \_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla Responsabilità genitoriale di cui agli art. 316,338 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Nome e Cognome in stampatello	Firma