

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare alla Dirigente Scolastica)

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ in via _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola _____

plesso di _____ via _____

essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal

Dott./Dott.ssa _____ .

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D. lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

- SI
- NO

Data _____

Firma dei genitori

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante _____

Recapiti telefonici: MADRE _____ PADRE _____