

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(DA COMPILEARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO
E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti.....
genitori di.....
nato a il.....
residente a

in via.....

frequentante la classe..... della Scuola

sita a in ia.....

Essendo il minore effetto

da

....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che

il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in datadal
dott.

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

Acconsento 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 o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Numeri di telefono utili:

- ▲ Pediatra di libera scelta/medico curante.....
- ▲ Genitori.....