RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti .................................................................... .....................................................................

genitori di ................................................................. nato a ......................................... il ..............

residente a ................................................. in via ................................................................................

frequentante la classe .......... della Scuola ...........................................................................................

sita a ................................................. in Via .........................................................................................

Essendo il minore effetto 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. …........................................................

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)

Luogo e Data ................................ il ........................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

..................................................................................

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante ...................................

Genitori ......................................... ........................................