



## **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

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

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

genitori di \_\_\_\_\_

nato a. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via/Piazza \_\_\_\_\_

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.

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 e/o tutori \_\_\_\_\_