

Richiesta di somministrazione di farmaci

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti _____ e _____

Genitori di _____ nato a _____

Il _____ residente a _____ alla via

Frequentante la classe _____ della scuola _____ sita a _____

In 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. _____.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (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

Numero di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____

Genitori _____