

Allegato n. 1

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..... il

residente a in 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 prescrizione medica rilasciata in data dal Dr.....

Si precisa che la somministrazione del farmaco è effettuabile anche da parte di personale non sanitario (come da prescrizione medica) di cui si autorizza fin d'ora l'intervento, esonerando il personale scolastico da ogni responsabilità.

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Data:

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di Famiglia/Medico Curante _____

Madre _____ Padre _____