

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____

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 autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal

Dr. _____

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, sollevando la scuola e gli operatori da ogni responsabilità

Acconsento al trattamento dei dati personale e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefoni utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____
- Genitori _____