Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo

 XXV APRILE – CIVITA CASTELLANA

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