

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 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.....