

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

I sottoscritti *

.....
padre e madre dell'alunno..... 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 richiesta medica rilasciata in data..... dal dott.....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono dati
ideali a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si impegnano a comunicare immediatamente ogni correzione dei dati riportati nel presente
modello ed ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo e data..... il.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Firma del padre (per esteso leggibile).....

Firma della madre (per esteso leggibile).....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante.....

Genitori.....

***scrivere in stampatello**