

## Richiesta di somministrazione di farmaci

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

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

Genitori di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ alla 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. \_\_\_\_\_.

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.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numero di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_

Genitori \_\_\_\_\_