Allegato n. 1

RICHIESTA Dl SOMMINISTRAZIONE Dl FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

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

I sottoscritti ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

genitori di ………………………………………………….nato/a 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 la somministrazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numeri di telefono utili:**

Genitori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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