

Allegato 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

I sottoscritti _____

genitori di _____

nato/a a _____ il _____

residente 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 rivelare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

Data _____

Firma di entrambi i genitori (o tutori)

Numeri di telefono utili:

☒ Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____

☒ Genitori _____