

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI a.s. 20.../20...**

I sottoscritti.....  
.....

Genitori  
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 autorizzazione medica** rilasciata in data.....dal  
Pediatra libera scelta **convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale**  
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 i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI  NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercitano la patria potestà

.....

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

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