

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

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

Genitori
dell'alunno.....
nato ail.....
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.....