RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al D.S.)

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

genitori di ................................................................. nato a .......................

il .............. residente a............................................... in via ...........................

......................................................frequentante la classe .......... della Scuola

........................................................................................... sita a …………….

................................................. in Via .............................................................

Essendo il minore effetto 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 l'operazione 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 ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data ................................ il ........................