Allegato A

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 ........................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

..................................................................................

Numeri di telefono utili:

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

Genitori ......................................... ........................................