

Allegato H
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 affetto da e constatata
l'assoluta necessità, chiedono la possibilità di accesso alla Scuola per la
somministrazione del farmaco da parte di (specificare se genitore, parente,
volontario).....
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

