

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

 DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti _____

Genitori di _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____ dell'Istituto _____

Sita a _____ in via _____

Essendo il minore affetto da _____

**E CONSTATATA L'ASSOLUTA NECESSITA', CHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO ED
ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI COME DA ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA**
RILASCIATA in data _____ Dal Dott. _____
**Si precisa che LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO E' FATTIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON
SANITARIO E DI CUI SI AUTORIZZA FIN DA ORA L'INTERVENTO.**
**I genitori acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE sulla
Privacy (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)**
 SI
 NO

Il _____

Data _____

Firma dei genitori

PADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'

MADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'

Recapiti telefonici utili

Madre cell. _____

lavoro _____

Padre cell. _____

lavoro _____

Pediatra di libera scelta/medico specialista

Cell. _____

ambulatorio _____