

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. Lariano

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 sez plesso
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 dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso e l'istituzione
scolastica 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

.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori