

Allegato A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

Al Dirigente Scolastico
ISC Rotella – Montalto delle
Marche

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 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. 196/2003 (i dati sensibili sono i dati
idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà
.....

Numeri di telefono utili e raggiungibili:

- ◆ Pediatra di libera scelta/medico curante
- ◆ Genitori.....