

**Allegato C**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e  
\_\_\_\_\_  
genitori di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_  
sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
essendo 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 Dr \_\_\_\_\_

**Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.**

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

SI  NO

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta / Medico curante \_\_\_\_\_
- Genitori \_\_\_\_\_