

**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 \_\_\_\_\_ 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 dei genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

• Pediatra di libera scelta / Medico curante \_\_\_\_\_

• Genitori \_\_\_\_\_