

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 _____