Allegato A
RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti_____

Genitori/tutori di _____ nato a _____il _____

Residente a _____in via _____

Frequentante la classe _____della scuola _____

Sita a _____in via _____

Essendo il minore effetto da _____ e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito di orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata il _____ 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.
Acconsento al trattamento dei dati personale 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 _____il_____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

_____

_____

Numeri di telefono utili:

pediatra di libera scelta/medico curante _____

genitori/tutori _____ _____