

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DALL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti _____ grado di parentela _____
_____ grado di parentela _____

genitori di _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____

frequentante la scuola _____

sita in _____ via _____

Classe _____ Sez _____

Essendo il minore affetto da _____

_____ e constatata l'assoluta necessità

AUTORIZZANO e CHIEDONO

La somministrazione e/o autosomministrazione 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, di cui fin da ora si autorizza l'intervento, o da parte del minore stesso adeguatamente istruito.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili in questa occasione sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute degli interessati)

SI

NO

Data, _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..... 

Numeri di telefono utili da utilizzare in caso di emergenza/urgenza:

✧ Pediatra/Medico curante: _____

✧ Genitori: _____
