

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN ORARIO SCOLASTICO**

**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 il minore affetto da
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito
ed orario scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico
(MMG/PLS) rilasciata in data..... dal
Dr.....

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

Acconsento 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 potestà genitoriale

.....

Numeri di telefono utili:

- Genitori _____
- Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____