

Allegato 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI O AUTOSOMMINISTRAZIONE DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti _____

Genitori di _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe/sezione _____ della scuola dell'infanzia primaria secondaria di I grado

sita a _____ in via _____

essendo affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità

Chiedono

La somministrazione in ambito e in orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica, rilasciata in data ____/____/____ dal dr _____

Si autorizza fin da ora la somministrazione del farmaco anche da parte del personale non sanitario.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs. 196703 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Sì No

Si autorizza il proprio figlio all'autosomministrazione.

Si allega prescrizione del Medico di Medicina Generale del Pediatra di libera scelta.

Data, _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà _____

Numeri di telefono utili: Pediatra _____

Genitori _____