

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 \_\_\_\_\_