

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

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 autorizzazione medica rilasciata in data 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.

Acconsentono al trattamento dei dati personali 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

.....
.....

* nel caso firmi un solo genitore:

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci
dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver
effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di
cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di
entrambi i genitori”.

Firma

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori