RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti
genitori (altro:) dell'alunno/a
frequentante nel corrente anno scolastico la classe sez plesso plesso
della Scuola
Essendo il minore affetto da
e constata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito e orario scolastico
dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal
Dott
Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non
sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.
Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale
Numeri di telefono utili:
Pediatra di libera scelta/ Medico Curante
Genitori (altro:)

IL NOSTRO ISTITUTO TRATTERÀ I DATI PERSONALI , SENSIBILI E/O GIUDIZIARI IN CONFORMITÀ ALLA INFORMATIVA **EX ART. 13 REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679**, GIÀ FIRMATA DAGLI SCRIVENTI PER LE FINALITÀ OBBLIGATORIE INDICATE E

NECESSARIE PER IL PROSEGUIMENTO DEL RAPPORTO COL NOSTRO ISTITUTO E LIMITATAMENTE COMUNQUE AL

RISPETTO DI OGNI ALTRA CONDIZIONE IMPOSTA PER LEGGE