

Allegato A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

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 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. n°196/03 (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
.....
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori
.....

*** 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"**

*Nel caso in cui firma un solo genitore