

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI PER USO TEMPORANEO

(redatta dai genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

I sottoscritti

Genitori di

Nato a il

Residente a in via

Frequentante la classe della Scuola

Essendo il minore affetto da

.....

e constatata l'assoluta necessità,

chiedono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata certificazione

medica rilasciata in data dal Dott./Centro di riferimento

.....

Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile:

da parte del familiare.....per cui si richiede l'accesso alla scuola;

da parte del personale scolastico;

Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità per eventuali conseguenze derivanti dalla somministrazione di tali farmaci.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del GDPR

679/2016 D.Lgs. 101/2018.

Sì No

Data

Firma dei genitori o chi ne esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Genitori