

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

I sottoscritti : (nome e cognome madre) \_\_\_\_\_

(nome e cognome padre ) \_\_\_\_\_

genitori di : (nome e cognome figlio) \_\_\_\_\_

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 prescrizione medica rilasciata

in data \_\_\_\_\_ dal Dr. \_\_\_\_\_

si precisa che la somministrazione del farmaco è effettuabile anche da parte di personale non sanitario (come da prescrizione medica) di cui si autorizza fin d'ora l'intervento, esonerando il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale, per eventuali effetti avversi derivati dalla somministrazione dello stesso

Data: \_\_\_\_\_

**Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).**

**Firma** dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale  
da apporre solo in presenza dell'operatore scolastico delegato

(madre) \_\_\_\_\_

padre) \_\_\_\_\_

numeri di telefono utili: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_