

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(Da compilarsi a cura dei genitori e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: _____ e _____
(Cognome e Nome) (Cognome e Nome)

in veste di: ☐ genitori o ☐ soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: _____
(Cognome e Nome)

nato a: _____ in data: _____

frequentate la classe: _____ della scuola: _____

con sede in: _____ Comune di: _____

essendo il minore affetto da: _____
(Riportare la patologia diagnosticata dal medico)

E constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione dei farmaci, in ambito ed orario scolastico oppure durante viaggi di istruzione ed uscite didattiche, come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data: _____ dal Dott. _____

Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Consapevoli che il profilo professionale del personale scolastico non implica competenze di tipo sanitario, sollevano il personale che effettua la somministrazione da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del farmaco o da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Autorizzano il personale della scuola ad avere contatti con il medico che ha prodotto la certificazione per avere ulteriori informazioni sull'intervento da effettuare.

Acconsentono al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs. 196/3.

Data, _____

(Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale)

(Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale)

Numeri di telefono utili:

Medico: _____

Genitori: _____