

Allegato 1- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno 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: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

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

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. _____

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.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03.

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: