

ALL. 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO _____

I sottoscritti _____

Genitori/Responsabili genitoriali dello/a studente/studentessa:

Affetto/a dalla seguente patologia:

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Frequentante la classe _____

di codesto Istituto _____

Sito a _____ in Via _____

**CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITA', CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE
AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO/A
STUDENTE/STUDENTESSA IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEL FARMACO/ DEI FARMACI INDICATO/I
SECONDO LE MODALITA' PRESCRITTE NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA,**

RILASCIATA in data _____ dal Dott. _____

**COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI E' ESEGUIBILE
ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA
L'INTERVENTO.**

I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs 30/06/2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

SI

NO

Lì _____

Data _____

Firma dei genitori/responsabili Genitoriali

PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

RECAPITI TELEFONICI UTILI

PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE CELL. _____

LAVORO _____

MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE CELL. _____

LAVORO _____

PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/MMG/SPECIALISTA

CELL. _____

AMBULATORIO _____