

Allegato A RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

**Al Dirigente scolastico
dell' IC Mercato San Severino II**

I/Il scritt
genitori/tutore dell'alunno nat.... a
..... il frequentante la
classe/sezione della Scuola
plesso....., essendo il minore effetto da e constatata
l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico, come da allegata autorizzazione medica
rilasciata in data dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsentono al trattamento dei dati personali
ai sensi del D.lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Si allega carta di identità del/dei dichiarante/i

Pediatra di libera scelta/medico curante e numero di
telefono.....

