

**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.....

