

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Statale "Don Milani"

di Vigonza

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti

.....

genitori di

nato ail.....

residente a in via

frequentante la classe.....della scuola.....

sita ain via.....

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la **somministrazione in ambito orario scolastico da parte dell'alunno in completa autonomia** del farmaco come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data

dal Dr.....

Si precisa che la somministrazione del farmaco viene fatta in completa autonomia del minore e in emergenza è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

• Pediatra di libera scelta / Medico curante.....

• Genitori.....

Vigonza,