

Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI O AUTOSOMMINISTRAZIONE

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti

.....

genitori di

nato a..... il

residente a in via.....

frequentante la classe della Scuola

sita a in via.....

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità,

chiedono

la somministrazione in ambito e in orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data.....dal Dr.....

- Si autorizza fin d'ora la somministrazione del farmaco anche da parte di personale non sanitario.
- Si acconsente al 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
- Si autorizza il proprio figlio all' autosomministrazione.

Si allega prescrizione del Medico di Medicina Generale / del Pediatra di libera scelta

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico curante _____
- Genitori _____