

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare alla dirigente scolastica)

Il/la sottoscritto/a _____
COGNOME NOME

Il/la sottoscritto/a _____
COGNOME NOME

in qualità di Genitori/tutore di _____ nato/a a _____ il residente a _____ in via _____
essendo il minore affetto da _____
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci
come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dott.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui
si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento 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)

☐ Sì

☐ No

Reggio Calabria, _____

Firma di entrambi i genitori/tutori

Numeri di telefono utili:

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