

# RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno e consegnare al dirigente scolastico e/o al responsabile di plesso)

I sottoscritti: (cognome e nome madre) \_\_\_\_\_

(cognome e nome padre) \_\_\_\_\_

genitori di : (nome e cognome figlio/a) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessita, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata prescrizione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_

dal Dr. \_\_\_\_\_

Si precisa che la somministrazione del farmaco è effettuabile anche da parte di personale non sanitario (**come da prescrizione medica**) di cui si autorizza fin d'ora l'intervento, esonerando il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale per eventuali effetti avversi derivati da somministrazione dello stesso.

Data: \_\_\_\_\_

## **Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale**

(da apporre solo in presenza dell'operatore scolastico delegato)

Firma della madre \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

**Numeri di telefono utili** \_\_\_\_\_

Con la presente 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**).