

ALLEGATO N. 2 AL REGOLAMENTO DI ISTITUTO DELL'I.C. ORZINUOVI

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN ORARIO SCOLASTICO
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 ed orario scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico (MMG/PLS) rilasciata in data

_____ dal Dr _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato, 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).

SI

NO

Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Genitori _____

Pediatra di libera scelta/Medico Curante
