

Allegato 1

Al dirigente scolastico dell'I.C Piria di Scilla

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori/tutori dell'alunno/a e da consegnare al dirigente scolastico)

I sottoscritti _____
genitori 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.

Acconsentiamo al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 679/2016 e D.lgs 101/18.

Luogo _____ Data _____

Firma di entrambi i genitori (o tutori)

In caso di firma di un solo genitore:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo _____ Data _____ FIRMA _____

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____

Genitori _____