

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)

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____

Genitori _____