

ALLEGATO A 1

MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA A CURA DEI GENITORI O PERSONE DELEGATE

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Serafini- Lola Di Stefano"
atti

Il sottoscrittonato a.....
il.....e residente a.....
.....via.....n.....

La sottoscrittanato a.....
il.....e residente a.....
.....via.....n.....

Genitori/esercente/i la potestà genitoriale del/della minore.....
Frequentante nell'anno scolastico 2018/19 la classe/sezionedella scuola

Essendo il/la minore affetto/a.....
.....

e constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO

- ✓ La somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata dichiarazione medica rilasciata in data.....dal Dott.....;
- ✓ Che venga autorizzato l'accesso a scuola per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico le persone in elenco, di cui si specifica il grado di parentela con l'alunno/a:
 -
 -
 -
 -

ALLEGANO COPIA FOTOSTATICA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DI CIASCUNA DELLE PERSONE INDIVIDUATE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA.

- ✓ Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla prescrizione medica.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs.vo 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

SI

NO

Luogo e data

Firma del padre.....

Firma della madre.....

Firma di altra persona esercente la patria potestà.....

Recapiti telefonici

| | Numero di cellulare | Numero fisso |
|---|----------------------------|---------------------|
| Madre | | |
| Padre | | |
| Altra persona esercente la patria potestà | | |