



Progetto cofinanziato dall'Unione europea

## Modello B

### **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti .....

genitori di .....

nato/a 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/assistenza come da allegata autorizzazione medica rilasciata in

data.....dal Dr.....

si precisa che la somministrazione del farmaco/assistenza è fattibile anche da parte di

personale non sanitario e 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 patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

• Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_

• Genitori \_\_\_\_\_