

	RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI	<i>Scuola dell'Infanzia Nido Integrato Doposcuola a.s. _____</i>
---	--	--

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare alla Direzione unitamente alla prescrizione del medico curante)

I sottoscritti _____

Genitori dell'alunno _____

affetto dalla seguente patologia:

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____

di codesto Istituto _____

Sito a _____ in via _____

Constatata l'assoluta necessità, chiedono di provvedere e contestualmente **AUTORIZZANO** codesta istituzione scolastica alla somministrazione allo studente in ambito ed orario scolastico dei farmaci indicati **secondo le modalità prescritte nell'allegata certificazione medica,**

Rilasciata in data _____ dal dott. _____

Come da certificazione medica, la somministrazione dei suddetti farmaci è eseguibile anche da parte di personale non sanitario rispetto al quale si autorizza fin d'ora l'intervento.

	RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI	Scuola dell'Infanzia Nido Integrato Doposcuola a.s. _____
---	--	--

I SOTTOSCRITTI genitori acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

SI NO

Il _____

Data _____

Firma dei genitori

PADRE

MADRE

Recapiti telefonici utili

Madre cell. _____ lavoro _____

Padre cell. _____ lavoro _____

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell. _____ ambulatorio _____