

Oggetto: Richiesta somministrazione farmaci in orario scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....

Genitore (1) /tutore dell'alunno/a (Cognome e Nome).....

nato/a ail.....

residente a.....in Via.....

che frequenta la classe /sezione..... sezdel plesso.....

CHIEDO

in nome e per conto anche dell'altro genitore (barrare la scelta)

☐ di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da Autorizzazione Medica allegata e rilasciata da..... (scrivere nome specialista)

personalmente o tramite.....
da me incaricato e delegato

(oppure)

☐ che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da Autorizzazione Medica allegata e rilasciata (scrivere nome specialista).....
consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

Numeri di telefono utili: famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

Data _____

In fede (1)

*Firma di autocertificazione (Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000)
da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda oppure nel caso di
invio con posta elettronica allegare copia del documento d'identità del dichiarante*

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.