

Allegato A

Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto Comprensivo di Cavour

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti

Genitori di nato/a a il.....

Residente a In via

Frequentante la classe / sezione del plesso

Via

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione di farmaci in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 e D.Lgs 101/2018 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data Il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria podestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta / medico curante

Genitori