

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AL DIRIGENTE SCOLASTICO

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico unitamente alla prescrizione del medico)

I sottoscritti \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente:

affetto dalla seguente patologia:

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe /sezione \_\_\_\_\_

**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 AUTORIZZAZIONE MEDICA, COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI È ESEGUIBILE ANCHE**

**DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.**

**I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali 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**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firme dei genitori/responsabili genitoriali

\_\_\_\_\_  
PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

\_\_\_\_\_  
MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

### Recapiti telefonici utili

Madre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Padre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell. \_\_\_\_\_

ambulatorio \_\_\_\_\_