#### RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

#### IN ORARIO SCOLASTICO

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 come da allegata proposta del medico (MMG/PLS) rilasciata in data………………. dal Dott.…………………………

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato, 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 potestà genitoriale\*

………………………………… ………………………………..

Numeri di telefono utili:

Genitori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

NOTA BENE:*Nel caso in cui sia impossibile la compilazione congiunta, chi firma il modulo si assume la responsabilità civile, amministrativa e penale di quanto dichiarato (ai sensi del DPR 245/2000) in osservanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337quarter del Codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*