

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dell'I.C. "C. Alvaro – P. Megali"
89063 MELITO DI PORTO SALVO (RC)

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti.....
genitori di nato a
il residente a in via
..... frequentante la classe..... della
Scuola.....Plesso.....
Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta
necessità, chiedono che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la
terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in data dal dott.
..... Consapevoli che l'operazione viene svolta da
personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da
tale intervento. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 e
s.m.i. (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)
Luogo e Data

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili: Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori

Cell. Padre

Cell. madre

Numero fisso
