AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DEL CIRCOLO DIDATTICO

PASQUALE 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