

## RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al Responsabile del Servizio / Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

Nido d'Infanzia/Scuola \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

I sottoscritti: \_\_\_\_\_

genitori o tutori/esercenti la potestà genitoriale di:

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

frequentante la sezione: \_\_\_\_\_ Nido d'Infanzia /Scuola: \_\_\_\_\_

### CHIEDONO

sia somministrata in ambito scolastico la terapia prescritta, al proprio figlio, da medico/pediatra di famiglia o da medico specialista o Struttura Ospedaliera : \_\_\_\_\_

Allegano la prescrizione medica attestante l'indispensabilità della somministrazione a scuola, recante posologia, orario e modalità, diagnosi, impegnandosi a fornire il farmaco in confezione integra, provvedendo in tempo utile a rinnovare la fornitura dello stesso.

**S'impegnano inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco e ne verificano periodicamente la scadenza.**

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

\*nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà.