

MODULO 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
(da compilare a cura dei genitori)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
SS 1° Gr. "Alighieri-Tanzi" – Mola di Bari

I sottoscritti _____ - _____
genitori di _____
nato/a a _____ il _____,
residente a _____ in via _____,
frequentante nell'anno scolastico _____ la Scuola _____ classe _____/sezione _____

constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario incaricato dalla famiglia e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento, sollevando la scuola da eventuali responsabilità civili e penali.

Acconsentiamo al trattamento dei dati personali e particolari ivi esposti, ai sensi del GDPR 679/2016, per le sole finalità connesse alla presente domanda

SI

NO

SI ALLEGA CERTIFICAZIONE SANITARIA RILASCIATA DAL MEDICO CURANTE

Data _____

Firma leggibile dei genitori / tutori

Numeri di telefono utili: _____

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____
- Genitori _____ - _____
- Eventuale persona di fiducia abilitata a somministrare il farmaco _____

Per accettazione, la/e persona di fiducia indicata _____