

MODULO 2

RICHIESTA DI AUTO-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,

COMUNICA

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, mediante auto somministrazione, come da prescrizione medica allegata.

Nome del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

orario di somministrazione _____

periodo di somministrazione _____

modalità di conservazione _____

AUTORIZZA

il personale scolastico identificato dal Dirigente alla vigilanza durante l'auto-somministrazione

Data _____

firma del genitore/tutore

firma del genitore/tutore

Firma del Dirigente Scolastico

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

Numeri di telefono utili

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____
- Genitori _____ - _____