ALLEGATO 1: MODULO DI RICHIESTA

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO
(da compilare a cura del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale dell'alunno e consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo/scuola_____
sottoscritto _____
genitore dell'alunno/a _____ nato/a_____
il_____ residente a_____ in via_____
frequentante la Scuola _____ classe_____ sez. _____

DICHIARA

che il proprio figlio/a_____
è affetto/a da_____
e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

venga somministrato allo stesso/a il farmaco programmato e in caso di urgenza come da allegata prescrizione medica
(PLS/MMG) rilasciata in data_____ dal dott._____

AUTORIZZA

il personale docente e non docente ad effettuare la somministrazione del farmaco esonerando la scuola da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa.
Allega, a tal fine:
il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarato nella presente, corredato da prescrizione del farmaco indispensabile con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.

ACCONSENTO

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)
SI NO
Firma del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale

_____ _____

Recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:
1° NUMERO _____
2° NUMERO _____