

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO
(da compilare a cura dei genitori/tutori dell'alunno/a e consegnare al Dirigente Scolastico)

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Vicenza 7

Il/La sottoscritto/a _____
genitore/tutore 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 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.

COMUNICA

che il proprio figlio è in grado di utilizzare in modo autonomo il farmaco: SI NO

ACCONSENTE

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

Data _____

Firma del genitore o dell'esercente responsabilità genitoriale

Recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza (indicare almeno 2 numeri telefonici):

1° NUMERO _____

2° NUMERO _____

3° NUMERO _____