

ALLEGATO 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno all'inizio dell'anno scolastico)

I sottoscritti Sig.ra.....

Sig.....

- Genitori
- Altri esercenti potestà genitoriale /tutore /affidatario di legge sulla base del disposto.....del..... dell'alunno.....

nato/a a.....il.....

residente a.....in via.....

frequentante la classe.....della Scuola.....

sita a.....in via.....

Essendo il minore affetto da

Come da certificazione medico-specialistica allegata, rilasciata dal Dott.....

in data..... e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da prescrizione e posologia medica allegata.

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento (UE) n.679 del 27 Aprile 2016.

(i dati personali sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Data.....//.....//.....

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita altro ruolo di legge

.....

