

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico dell'IC LODI IV

lo sottoscritto/a _____
genitore/tutore dell'alunno/studente _____
nato a _____ il _____
frequentante la classe _____ della scuola _____

CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante nell'allegata prescrizione in data _____

sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

oppure che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico.

Eventuali reazioni che insorgessero a seguito della somministrazione, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica, non potranno essere attribuite a chi si è fatto carico della stessa e sollevato detto personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili* da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta.

Firma

Data _____

* I dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone.

NUMERI di TELEFONO UTILI

● Medico Prescrittore: Dr. _____

● Genitori: Abitazione _____

Mamma cell.: _____ Papà cell.: _____