

RICHIESTA GENITORI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

I sottoscritti

genitori di

nato/a a il

frequentante la classe..... sez

della scuola

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

Essendo il minore affetto da

Constatata l'assoluta necessità, **chiedono** la somministrazione in ambito ed orario scolastico del farmaco come da allegata prescrizione medica rilasciata dal dott. in data

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario.
Si autorizza il personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, sollevandolo da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica descritta nel certificato medico.

Si impegnano a fornire il farmaco e a comunicare eventuali variazioni di trattamento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs 196/03 (i dati sensibili sono quelli idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Empoli,

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

NUMERI DI TELEFONO UTILI:

. Pediatra o medico curante

. Genitori