Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Mazzini-Capograssi"
Atti

OGGETTO: RICHIESTA E CONTESTUALE AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO.

Il sottoscritto ……nato a…….
il……e residente a…….
…….via……..n……..
La sottoscritta ……nato a……
il……e residente a…….
…….via…….n…….
Genitori/esercente/i la potestà genitoriale del/della minore……..
Frequentante nell'anno scolastico la classe/sezione ……della scuola …….
……

Essendo il/la minore affetto/a da…….
…….

e constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO

- ✓ La somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata dichiarazione medica rilasciata in data……dal Dott…….....;

☐ l'autorizzazione all'accesso a scuola per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico delle persone in elenco, di cui specificano il grado di parentela con l'alunno/a:

- ……...
- ……..
- ……
- ……

ALLEGANO COPIA FOTOSTATICA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DI CIASCUNA DELLE PERSONE INDIVIDUATE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA.

AUTORIZZANO

☐ **Il personale scolastico alla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla prescrizione medica allegata;**

SOLLEVANO

Il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla prescrizione medica allegata.

☐ Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs.vo 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

☐ SI ☐ NO

Luogo e data

Firma del padre……

Firma della madre……

Firma di altra persona esercente la patria potestà……

Recapiti telefonici

	Numero di cellulare	**Numero fisso**
Madre		
Padre		
Altra persona esercente la patria potestà		