Ministero dell'Istruzione
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO "XXV APRILE" - CIVITA CASTELLANA
0761 513060- fax 0761/513362 - vtic81600g@istruzione.it www.ic25aprile.edu.it

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

I sottoscritti ..... .
genitori di .....
nato a ..... il ..... .
residente a ..... in via ..... .
frequentante la classe..... della Scuola ..... .
sita a ..... in Via ..... .
Essendo il minore effetto da ..... .
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal Dott. .....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) ☐ SI ☐ NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

....

Numeri di telefono utili:
- Pediatra di libera scelta/medico curante.....
- Genitori.....