

ScuolaViva

La scuola aperta a tutti



FSE
POR CAMPANIA
2014 - 2020



Unione europea
Fondo sociale europeo



(mod.2/S)

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO
E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti.....

genitori di.....

nato ail.....

residente a in via.....

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

sita a in Via.....

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal dr.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono 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