



## **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

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.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi dell' Informativa sul trattamento dei dati  
art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_