

# RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

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 affetto 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 del D.lgs. n°196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a  
rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori .....

**\* Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori"**

\*Nel caso in cui firmi un solo genitore