



MODULO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti _____ e _____
Cognome e Nome *Cognome e Nome*

in veste di: genitori o soggetti esercenti la potestà genitoriale

di: _____
Cognome e Nome

nato a: _____ il: _____

classe: _____

essendo il minore affetto da: _____
Riportare la patologia diagnosticata dal medico

e constatata l'assoluta necessità,

RICHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Si acconsente al trattamento dei dati particolari e personali dell'alunno ai sensi del Regolamento UE 2016/679 secondo quanto previsto dall'informativa al trattamento dei dati rilasciata dall'Istituto Scolastico e in relazione alle finalità di gestione dei farmaci salvavita.

Data, _____

Firma del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale



Numeri di telefono utili:

Medico: _____

Genitore: _____

Genitore: _____

LA PRESENTE RICHIESTA HA VALIDITA' UN ANNO DALLA DATA DI SOTTOSCRIZIONE

Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare alla scuola