

**MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA
A CURA DEI GENITORI O PERSONE DELEGATE**

Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico-Linguistico Statale
"A.M. De Carlo"
Giugliano in Campania (NA)

Il sottoscritto nato a.....
il..... e residente a.....
..... via..... n.....

La sottoscritta nato a.....
il..... e residente a.....
..... via..... n.....

Genitori/esercente/i la potestà genitoriale del/della minore.....

Frequentante nell'anno scolastico 2020/21 la classe/sezione della scuola

Essendo il/la minore affetto/a da.....
.....

e constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO

- ✓ La somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata dichiarazione medica rilasciata in data..... dal Dott
- ✓ Che venga autorizzato l'accesso a scuola per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico le persone in elenco, di cui si specifica il grado di parentela con l'alunno/a:
 -
 -
 -
 -

ALLEGANO COPIA FOTOSTATICA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DI CIASCUNA DELLE PERSONE INDIVIDUATE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA.

- ✓ Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla prescrizione medica.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs.vo 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

SI

NO

Luogo e data

Firma del padre.....

Firma della madre.....

Firma di altra persona esercente la patria potestà.....

Recapiti telefonici

	Numero di cellulare	Numero fisso
Madre		
Padre		
Altra persona esercente la patria potestà		