

**RICHIESTA GENITORI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA**

I sottoscritti .....

genitori di .....

nato/a a ..... il .....

frequentante la classe..... sez .....

della scuola .....

sita a ..... in via..... prov.....

Essendo il minore affetto da .....

Constatata l'assoluta necessità, **chiedono** la somministrazione in ambito ed orario scolastico del farmaco ..... come da allegata prescrizione medica rilasciata dal dott. .... in data .....

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario. Si autorizza il personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, sollevandolo da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica descritta nel certificato medico.

Si impegnano a fornire il farmaco e a comunicare eventuali variazioni di trattamento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs 196/03 (i dati sensibili sono quelli idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

Empoli, .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

NUMERI DI TELEFONO UTILI:

. Pediatra o medico curante .....

. Genitori .....