

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E  
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

Genitori di \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

**E CONTESTATA L'ASSOLUTA NECESSITA', CHIEDONO 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 E' FATTIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON  
SANITARIO E DI CUI SI AUTORIZZA FIN DA ORA L'INTERVENTO.

I genitori acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensi  
sibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

Il \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_  
PADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'

\_\_\_\_\_  
MADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'

### Recapiti telefonici utili

Madre cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Padre cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/medico specialista

Cell. \_\_\_\_\_ ambulatorio \_\_\_\_\_