**All. A**

Al Dirigente Scolastico

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti..........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

genitori di............................................................................................................................................

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

residente a ................................................... in via............................................................................

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della scuola( infanzia-primaria-.secondaria primo grado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( per le scuole superiori )

sita a ............................................................. in Via...........................................................................

constatata l'assoluta necessità di un eventuale intervento farmacologico o comunque terapeutico in favore del proprio figlio/a

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** **sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**

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

* + SI NO

### Data.............................

Firma dei genitori o di chi esercitano la patria potestà

................................................................ ..............................................................

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori   
Numeri di telefono utili:

Genitori...................................................................................................

□ Medico curante.................................................