

Istituto Comprensivo - ATRI V.le Umberto I°, n.3 64032 – Atri (TE) Tel. 085.87265 – Fax 085.8797142 C.F. 90015850671 – C.M. TEIC834002 e-mail: teic834002struzione.it	<u>MOD. F</u> RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI a.s 20___/20___
---	--

**All'attenzione della Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo di ATRI**

I_ sottoscritti _____ e _____,
genitori dell'alunn _____, nat_ a _____
il ___/___/___, frequentante la classe_____, sezione _____,del plesso di _____,
essendo il minore affetto da _____
e constatatene l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito e in orario scolastico dei farmaci come da autorizzazione medica allegata, rilasciata in data _____ dal dr. _____.

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

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (i dati sensibili sono quelli idonei a rilevare lo stato di salute delle persone): **SI'** **NO**

Atri, ___/___/___

firma

dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Consapevoli che il personale scolastico non è tenuto ad avere competenze specifiche di tipo sanitario né può esercitare discrezionalità tecnica, lo solleviamo da qualunque responsabilità per eventuali errori involontari o per conseguenze non previste in seguito alla somministrazione.

firma

dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta /Medico curante: _____

- Genitori: _____