

Allegato 1/auto/rinn - alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

RINNOVO RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: _____ e _____
Cognome e Nome *Cognome e Nome*

in veste di: genitori o soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: _____
Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

essendo il minore affetto da: _____
Riportare la patologia diagnosticata dal medico

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO DI CONTINUARE PER IL CORRENTE ANNO SCOLASTICO

l'autosomministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da autorizzazione medica

rilasciata in data : _____ dal Dott. _____

Si fa presente che è ancora valida la documentazione medica agli atti della scuola;

Si allega certificato del medico di base attestante la prosecuzione dello stato di malattia.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile da parte del figlio/a.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03 e del Regolamento UE 649/2016

Data, _____

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: _____ Genitori: _____