MODELLO 7

All'attenzione della Dirigente Scolastica
dell'IC Giulianova 2

RICHIESTA
SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____, padre e madre (o esercenti la patria potestà) dell'alunn__ _____, della classe/sezione _____ della Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria di I grado di _____, essendo il minore affetto da _____ e constatatane l'assoluta necessità,

RICHIEDONO

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

Precisano che la somministrazione del farmaco, come da dichiarazione medica allegata, può essere fatta anche da personale non sanitario e di cui si autorizza fin da ora l'intervento.

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

Giulianova, _____20____

Firma di entrambi i genitori

_____

_____

Consapevoli del fatto che il personale scolastico non è tenuto ad avere competenze specifiche di tipo sanitario né può esercitare discrezionalità tecnica, lo sollevano da qualsiasi responsabilità per eventuali errori involontari e/o per conseguenze non previste successive alla somministrazione.

Giulianova, _____20__

Firma di entrambi i genitori

_____

_____

Numeri di telefono utili per la scuola

Medico curante/Pediatra: _____

_____: _____