

RICHIESTA AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI

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

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo S. Agostino
Civitanova Marche

I sottoscritti.....
genitori di.....nato a il.....
residente ain via
frequentante la classe.....della Scuola....., Plesso.....
essendo il minore affetto dae constatata l'assoluta
necessità,

chiedono

la possibilità che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con
la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data
dal Dott.

Si solleva il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione
del farmaco in oggetto.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra/medico curante (nome e numero di tel).....

Genitori (nomi e numeri di tel)