

Allegato A
RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

**Al Dirigente scolastico
della Scuola secondaria di I grado
Antonino Pecoraro**

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti genitori

di nato a il residente a

..... in via

frequentante la classe della Scuola

sita a in Via

Essendo il minore effetto da e constatata l'assoluta necessità, 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 solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data il

Firma Padre

Firma Madre.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori

*** Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori"**

*Nel caso in cui firma un solo genitore