

All. B

Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. PARISE"
ARZIGNANO (VI)

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da inviare 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 affetto da e constatata l'assoluta
necessità, chiedono 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.

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 196/03 (i dati sensibili
sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Numeri di telefono utili:

Genitori

.....cell./abitazione.....

.....cell./abitazione.....

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)

..... cell/studio.....

Luogo e Data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....