

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il/La sottoscritto/a nato/a a

Prov. il residente a

via n. cap

Il/La sottoscritto/a nato/a a

Prov. il residente a

via n. cap

Genitore di esercente la potestà genitoriale su:

cognome nome

Nato/a prov. il

Residente a via

n. cap frequentante la classe sezione della

Scuola Infanzia Primaria Secondaria I grado

Plesso di:

Essendo il figlio affetto da

Chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata prescrizione medica rilasciata in data dal Dott.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000 dichiara di presentare la presente 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;

Il/La sottoscritto/a, dichiara/no di essere consapevole/i che la somministrazione del farmaco sarà effettuata da parte di personale non sanitario, seppure specificatamente individuato e formato, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento, esonerando i docenti e/o il personale ATA somministratore da ogni responsabilità per conseguenze occorso all'alunno/a in seguito alla somministrazione.

Il/La sottoscritto/a, dichiara/no inoltre, di avere preso visione della informativa ex artt. 13-14 del Regolamento Europeo 2016/679 per il trattamento dei dati personali degli studenti/genitori/tutori al seguente link <https://www.icsantaluciacava.edu.it/privacy/> ed esprime libero consenso al trattamento dei dati.

Data

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili: Pediatra / Medico Curante:

Genitori:

Intestazione Medico

Per Il/La piccolo/a

Cognome nome

Data di nascita Residente a

In via n. cap Telefono

Si prescrive la somministrazione assoluta e necessaria, nel rispetto degli orari indicati, del seguente farmaco:

Nome del farmaco:

Forma farmaceutica:

Modalità di somministrazione:

dose:

Orario:

Durata terapia: dal al

Modalità di conservazione del farmaco:

note

Data,

Timbro e firma del PLS o MMG