

RICHIESTA PER SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO/I IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO (IN CASO DI ALUNNO/A MINORENNE)

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo n° 6 Imola
Via Villa Clelia 18
40026 Imola

Io sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

genitore/tutore dello studente _____
(cognome e nome)

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

che frequenta la classe _____ sezione _____ della scuola _____

sita in Via _____ cap _____

Località _____ prov. _____

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO

(barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/a figlio/a

oppure

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale) _____

Consegno n° _____ confezioni integre.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

In fede.

Firma del genitore o chi ne fa le veci

Numeri di telefono utili:
famiglia /pediatra di libera scelta/medico di medicina generale