

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACIIl sottoscritto nato a prov. il residente a via n. La sottoscritta nata a prov. il residente a via n. Genitore di / esercente la potestà genitoriale suCognome nome Nato/a prov. il Residente a via n. frequentante la classe / sezione della Scuola Infanzia Primaria SSPGPlesso 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 di essere consapevole 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 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