**Allegato A**

Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo CIVITELLA CASANOVA

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

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

I sottoscritti .................................................................... e ..................................................................... genitori di ................................................................. nato a ................................................ il ………............. residente a ................................................. in via ................................................................................ frequentante la classe ....................... della Scuola .......................................................................................... sita a ...................................................................................................................................................................

essendo il minore effetto da …............................................................................................................................. e constatata con il medico curante 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)

............................................... li ...................................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

..................................................................................

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante ...................................

Genitori ......................................... .........................................