

**giunta regionale**

Allegato A al Decreto n.6 del 27 MAR. 2019

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell’alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

## *AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL’I. C. PORTO TOLLE*

I sottoscritti

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente:

affetto dalla seguente patologia:

Nato a il

Residente a in via

Frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_scuola Infanzia / Primaria / Secondaria di I grado

plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’IC di Porto Tolle

# CONSTATATANE L’ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL’ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA, RILASCIATA in data dal dott.

## COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDDETTI FARMACI È ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D’ORA L’INTERVENTO.

**I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs** 30-6-2003 n. 196 *Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.*

# SI NO

lI Data

# Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali

**PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE** **MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE**

# Recapiti telefonici utili

Madre **O RESPONSABILE GENITORIALE** cell. lavoro

Padre **O RESPONSABILE GENITORIALE** cell. lavoro

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell. ambulatorio

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSTATA L'ASSOLUTA NECESSITÀ SI AUTORIZZA LA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA PRESCRITTA IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO**

Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma del Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_