

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in qualità di genitore/tutore dell'alunno  
\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, frequentante la/iscritto alla  
classe \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

sia continuata a scuola la terapia prescritta, al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allega prescrizione medica

sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allega prescrizione medica

A tal fine il sottoscritto s'impegna a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità, a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento e si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Medico prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Genitori: abitazione \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del DLgs 196/2003 e ss.mm. ii., di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati dalla suddetta informativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \*

\_\_\_\_\_

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.