**Allegato A**

**Al Dirigente Scolastico**

**Istituto Comprensivo**

**Terranova da Sibari**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**DA PARTE DEI GENITORI O DI CHI ESERCITA LA POTESTA’ GENITORIALE**

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

Il/La sottoscritto/a .................................................................... .....................................................................

□ genitori

□ Soggetto che esercita la patria potestà

Il/La sottoscritto/a .................................................................... .....................................................................

□ genitori

□ Soggetto che esercita la patria potestà

dell’alunno/a……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

nato a ......................................... il ...................................................

residente a ................................................. in via ................................................................................

frequentante la classe .......... sez……………..

del plesso ...........................................................................................

Comune di.........................................................................................

Essendo il minore affetto da …..................................................................... (indicare la patologia) e constatata 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 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Numeri di telefono utili:

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

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

Altro recapito……………………………………………………………………………..

Luogo e Data ................................ il ........................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

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