

Al Dirigente Scolastico

Istituto _____

Il/La/I sottoscritto _____

genitori dell'alunno/a _____ data di nascita _____

luogo di nascita _____ frequentante la Scuola _____

Classe _____ Sez. _____

CHIEDONO

Classe _____ Sez. _____

che venga somministrato allo stesso/a il farmaco a Scuola come da prescrizione medica allegata

AUTORIZZANO

il personale scolastico docente non, identificato dal D.S. e opportunamente formato/informato,
alla somministrazione del farmaco

SOLLEVANO

la Scuola da qualunque responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione stessa
del farmaco. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 196/3.

Recapiti telefonici a cui fare riferimento in caso di bisogno:

n° 1 _____ n° 2 _____

n° 2 PLS Dott./ssa _____

Data, _____

Firma dei genitori o esercenti potestà genitoriale