

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico

Scuola _____

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____ data di nascita _____

frequentante la Scuola _____ classe _____ sez. _____

CHIEDONO

che il minore, in ambito scolastico, si autosomministri il farmaco con la vigilanza del personale scolastico formato

AUTORIZZANO

Il personale scolastico docente e non, identificato dal D.S. e opportunamente formato/informato, a vigilare alla auto-somministrazione del farmaco come da allegata prescrizione ed autorizzazione medica

SOLLEVANO

la Scuola da qualunque responsabilità civile e penale derivante dalla auto-somministrazione 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. 3 PLS Dott. _____

Data _____

Firma dei genitori o esercenti potestà genitoriale