

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
 _____ residente a _____ Genitore
 dell'alunno/a _____ nato/a _____ il _____
 Frequentante la Classe _____ del _____ qualora se ne ravvisi
 la necessità, in base alla prescrizione medica allegata

CHIEDO

la somministrazione allo/a stesso/a di terapia farmacologica, in via continuativa o al bisogno, come da prescrizione medica allegata.

AUTORIZZO

contestualmente, il personale scolastico identificato dalla Coordinatrice Didattica/Preside alla somministrazione del farmaco, in via continuativa o al bisogno e, limitatamente alla fase che precede e segue la somministrazione, solleva lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile, derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica prevista dalla allegata prescrizione medica, rilasciata in data dal Dr., allegata alla presente.

Q	DESCRIZIONE PRODOTTO/ATTREZZATURA	DATA CONSEGNA	LUOGO DI CUSTODIA

Eventuali segnalazioni/istruzioni sull' utilizzo:

.....

Data _____

firma del genitore/tutore _____

firma Coordinatore Didattico _____



Ricevo dal/la sig./ra Genitore/Tutore dell'alunno/a.....

Scuola Classe

Richiesta di somministrazione farmaci

Data.....

Firma

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 (PRIVACY)

Si informa che i dati forniti con la compilazione del presente modulo saranno raccolti in apposita banca dati esclusivamente ai fini della presente istanza e per l'eventuale invio di materiale informativo. I dati saranno trattati anche con l'ausilio di sistemi informatici. Sono utilizzati i sistemi idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi.

Tutte le informazioni sul titolare del trattamento e sui diritti dell'interessato sono reperibili nel Modulo di iscrizione e sul sito web dell'Istituto.

Riconsegna

Q	DESCRIZIONE PRODOTTO/ATTREZZATURA	DATA RICONSEGNA	EVENTUALI SEGNALAZIONI ALLA RICONSEGNA

Data.....

Firma del genitore.....