

## Allegato A

### RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e

\_\_\_\_\_

genitori di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ la classe \_\_\_\_\_ della Scuola ISIS Bernocchi sita a Legnano in Via Diaz, 2

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_ 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 sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679 per quanto riguarda i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute delle persone (ex sensibili ai sensi del d.lgs. 196/2003)

Luogo e Data: (residenza/domicilio dell'allievo) il \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Firma Genitore 1 .....

Firma Genitore 2 .....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico medicina generale \_\_\_\_\_

Allegati:

- autorizzazione medica