

Alla Dirigente Scolastica
Dell' ITIS "P. PALEOCAPA"
Dott.ssa Annalisa Bonazzi

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____ - _____

genitori di _____

nat_ a _____ prov. () il _ / _ / ____

residente in via _____ n. ____ città _____

telefono _____ cell. studente n. _____

frequentante la classe _____ dell'Istituto Tecnico Statale "P. Paleocapa".

Essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità, **chiedono** la somministrazione in orario ed ambito scolastico dei farmaci come da prescrizione medica rilasciata in data __ / __ / 20__ dal medico curante Dr.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte del personale non sanitario e di cui si autorizza sin d'ora l'intervento.

Si acconsente SI NO al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del DLgs 193/06 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Bergamo, __ / __ / 20__

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri telefonici utili:

Medico curante: _____

Genitori: _____