

**Al Dirigente Scolastico
Dott. Carlo Raffaele Pedrazzini
dell'Istituto Comprensivo di Villanterio**

**RICHIESTA DI ACCESSO AI LOCALI SCOLASTICI PER LA SOMMINISTRAZIONE
DEI FARMACI**

I sottoscritti: _____

genitori dell'alunno/a _____

frequentante la classe: _____ della scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria¹ di _____

C H I E D O N O

L'autorizzazione all'ingresso nella scuola dal _____ al _____ alle ore _____ per poter somministrare al proprio figlio il seguente farmaco: _____

_____, _____

Firma²

NOTE:

1. Barrare la voce che interessa
2. Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

**Al Dirigente Scolastico
Dott. Carlo Raffaele Pedrazzini
dell'Istituto Comprensivo di Villanterio**

RICHIESTA DI SOMMINISTRARZIONE DI FARMACI O AUTOSOMMINISTRAZIONE

I sottoscritti: _____

genitori dell'alunno/a _____

frequentante la classe: _____ della scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria^L di _____

Essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito e in orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____

Si autorizza fin d'ora la somministrazione del farmaco anche da parte di personale non sanitario.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

Si autorizza il proprio figlio all' autosomministrazione.

Si allega prescrizione del Medico di Medicina Generale / del Pediatra di libera scelta

_____, _____

Firma²

NUMERI DI TELEFONO UTILI:

• Pediatra di libera scelta/Medico curante

• Genitori

NOTE:

1. Barrare la voce che interessa
2. Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.