CONFERMA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico della Scuola per l'infanzia |_|
Scuola primaria |_|
Scuola secondaria I e II grado |_|

_____

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola _____

CONFERMO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nella precedente richiesta Prot. _____ del_____

☐ **sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.
Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

Firma

Data _____ _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data _____ _____

- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà