

**Al dirigente scolastico della scuola paritaria dell'infanzia
SNOOPY F.P.G.
Via M. Accursio, 7/11- 90124 Palermo**

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO SALVA VITA

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti genitori
di..... nato a..... il.....
residente a in via n°
frequentante la sez. della Scuola
essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità, con
la presente

chiedono

- la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci
- l'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 151/2015 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.

Luogo e Data _____

Firma dei Genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:.....

Pediatra di libera scelta/medico curante:

Genitori