Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Albano Loc. Cecchina

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti

genitori di nato a il

residente a in via

frequentante la classe della Scuola

sita a

Essendo il minore effetto da e constatata l'assoluta necessità,

chiedono che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal dott.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Igs 196/3 ss.mm.ii. (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori