**Al Dirigente Scolastico**

**Istituto Comprensivo Albano Loc. Cecchina RICHIESTA DI 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 la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal dott/dott.ssa…………………………………………………………………..

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

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 e [ss.mm](http://ss.mm).ii.

Luogo e Data il

Firma dei genitori odi chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori