


| | | | | | | | | |
|---|------------|---------------|-----------|---|----------|---------------|------|--|
| SCUOLE APORTIANE P.zza Broilo n. 4 – 37121 Verona | | | | RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI - Allegato 01 | | | |  |
| I ^a Emissione | 21/01/2016 | Redatto da: | ACONS SRL | Mod. | SIS19 | Redatto da: | Z.G. | Pagina 1 di 1 |
| Revisione | 0.00 | Approvato da: | D.L. | Rev. | 19/08/13 | Approvato da: | A.M. | |

I sottoscritti _____ e _____
Cognome e Nome *Cognome e Nome*

in veste di: genitori o soggetti esercenti la potestà genitoriale

di: _____
Cognome e Nome

nato a: _____ il: _____

classe: _____

essendo il minore affetto da: _____
Riportare la patologia diagnostica dal medico

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. _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs. 196/03.

Data, _____

Firma del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: _____

Genitore: _____

Genitore: _____

LA PRESENTE RICHIESTA HA VALIDITÀ UN ANNO