

Richiesta somministrazione farmaco

Al Dirigente scolastico

dell'IC di Vinovo

I sottoscritti _____ ,

genitori/tutore di _____ , nato a _____

il _____, iscritto/a per l'a.s. 202__/202__ al'I.C. di Vinovo

BUOZZI LUZZATI DON MILANI MATTEOTTI GRAMSCI GIOANETTI
classe _____ sez. _____,

CHIEDONO

La somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal/la dott./ssa _____.

DICHIARANO

che provvederanno a rifornire l'Istituto del farmaco in confezione integra e non scaduta,
che provvederanno al ritiro del farmaco non utilizzato a fine anno ,
che provvederanno personalmente all'eventuale smaltimento.

SI IMPEGNANO

a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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 d.lgs. 193/2003 e successive modifiche.

Data

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

