MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO LOIANO – MONGHIDORO
Via Michele dei Ramazzotti n. 24 – 40063 Monghidoro (BO)
Tel. 051.6555547 Codice Ministeriale BOIC88400V
Codice Fiscale 91378920374 Codice UNIVOCO UFM9PS
e-mail: BOIC88400V@istruzione.it pec: BOIC88400V@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Loiano Monghidoro

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci in orario scolastico (da parte del personale della scuola)

I sottoscritti..... in qualità di

□ Genitori
□ Soggetti che esercitano la potestà genitoriale
di
(Cognome) ……(Nome)……..……..
nato il……e frequentante nell'anno scolastico ……/…….

la Scuola : ☐ dell'Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria
Classe …….. Sezione…… plesso…….

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia:_____

A tal fine:

AUTORIZZANO

Il personale della scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso da ogni responsabilità che non sia imputabile a dolo o colpa grave.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia.

Si autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. lgs 196/03 (i dati sensibili idoneia rilevare lo stato di salute delle persone).

Numeri di telefono utili:
Medico Curante ……..
Genitori …….

In fede.

Data, ……..

Firma ……. Firma …….