

Mod. A

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI INDISPENSABILI / SALVAVITA
DA PARTE DEL PERSONALE SCOLASTICO**

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a)

Noi sottoscritti e

☐ genitori ☐ tutori di nato/a il/...../..... a

..... Prov. residente a

Prov. in via

frequentante la classe del vostro Istituto, essendo nostro figlio/a affetto da

....., constatata l'assoluta

necessità, chiediamo la somministrazione da parte di vostro personale in ambito e orario scolastico

dei farmaci, come da allegata certificazione medica (Mod. A1) rilasciata in data/...../..... dal

Medico curante, Dott.

Siamo consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento, così come previsto dalla normativa vigente.

NB: una volta accolta la nostra richiesta consegneremo il/i farmaco/i sottoscrivendo il Mod. A2.

Con la presente autorizziamo il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Milano/...../.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Madre:

Padre:

Tutore:

Numeri di telefono utili in caso di emergenza:

Madre:.....

Padre:

Tutore:

Medico:.....