**RICHIESTA DI SOMMINISTARZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti ……………………………………………………………………………………….……….……….

 …………………………………………………………………………………………………….….

genitori di …………………………………………….……………………………………………………………….

nato/a ………………………………………………….…………… il ……………………………………………….

Residente a ……………………………………. In via ……………………………………………. Frequentante la classe ………….… della scuola …………………………………………………….

Sita a …………………………………….………………… In via ………………………………………………..

Essendo il minore affetto da ………………………………………………….…………………………….

E constata l’assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito e 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 parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d’ora l’intervento.

Ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 autorizzo il presente Istituto Scolastico al trattamento dei dati personali e sensibili (per dati sensibili si intende i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone) nell’ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione

**Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà**

…………………………………………….………… ………………………………………….………………

Numeri di telefono utili:

* + - * Pediatra di libera scelta/ Medico Curante…………….…………
* Genitori …………………………………………….…………

Data ……………………………………

**Timbro e firma del medico**

…………………….…………………..…………….……