**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI Allegato A**

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al D.S.)

Al Dirigente Scolastico

dell’ISISS “Giuseppe Verdi”

Valdobbiadene (TV)

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

genitori di ...........................................................................................................................................................

nato a ....................................................... il .............................

residente a ................................................................ in via ................................................................................

frequentante la classe ........................, essendo il minore effetto da ………………................................................

............................................................................................................................................................................

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

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 ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data ................................ il ........................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

..................................................................................

Nel caso firmi un solo genitore:

**Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori**

Firma del genitore: ..................................................................................

Numeri di telefono utili:

Pediatra/medico curante .........................................

Genitori: (padre) .........................................

(madre) .........................................