

**ALLEGATO 1 RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.C. AMEDEO MOSCATI  
PONTECAGNANO FAIANO

**I SOTTOSCRITTI**

PADRE .....  
MADRE .....  
TUTORE.....

**GENITORI DELL'ALUNNO/A**

COGNOME.....NOME.....NATO A.....  
IL.....FREQUENTANTE NELL'A.S. ....LA SCUOLA ( INFANZIA PRIMARIA  
SECONDARIA DI I GRADO) ..... PLESSO DI .....  
SEZIONE/CLASSE.....

**DICHIARANO**

CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A E' AFFETTO/A DA .....

**CHIEDONO**

CHE SIA SOMMINISTRATO AL MINORE SOPRAINDICATO IL FARMACO COERENTEMENTE ALLA  
CERTIFICAZIONE MEDICA ALLEGATA.

**AUTORIZZANO**

- IL PERSONALE DOCENTE
- IL PERSONALE ATA/ COLLABORATORE SCOLASTICO

INDIVIDUATO DAL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO SOPRAINDICATO,  
SOLLEVANDO GLI STESSI DA EVENTUALI RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI DERIVANTI DA TALE ATTO.

**ACCONSENTONO**

AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI AI SENSI DEL d.Lgs 196/03 e s.m.i  
SI ALLEGA CERTIFICAZIONE SANITARIA.

RECAPITI TELEFONICI

PADRE .....MADRE .....TUTORE.....

MEDICO CURANTE .....

DATA.....

PADRE.....

MADRE .....

TUTORE.....

N.B. LA RICHIESTA HA VALIDITA' PER UN ANNO SCOLASTICO E VA RINNOVATA AD INIZIO ANNO E IN CORSO  
DELLO STESSO ANNO, SE NECESSARIO. I FARMACI PRESCRITTI VANNO CONSEGNATI IN CONFEZIONE  
INTEGRA E TRATTENUTI DALLA SCUOLA PER TUTTA LA DURATA DELLE TERAPIA.