

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO

SAN VENDEMIANO

OGGETTO: **Richiesta di somministrazione farmaci indispensabili/salvavita** a.s. _____

Alunno/a _____ classe _____

COMPILARE IN STAMPATO MAIUSCOLO

nat_ a _____ il _____

plesso: San Francesco G. Verdi E. Fermi G. Saccon

I sottoscritti _____ e _____

genitori/esercenti la potestà genitoriale sull'alunn_ in oggetto indicat_

CHIEDONO

che venga custodito e, nel caso, somministrato all'alunn_ in orario scolastico il farmaco salvavita/indispensabile di cui alla allegata certificazione, secondo le modalità indicate dal medico curante,

con l'assistenza del personale addetto

con l'assistenza dell'esercente la potestà genitoriale preventivamente autorizzato

SI ALLEGA

certificazione rilasciata dal medico curante con indicazioni su posologia e custodia del farmaco stesso
(mod.119a)

DICHIARANO

di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali degli alunni e delle famiglie pubblicata sul sito Web dell'Istituto, resa in base all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Recapiti telefonici per emergenza 1 _____ 2 _____

Firma di genitori / esercenti la potestà genitoriale

_____ e _____

Data _____