Ministero dell’Istruzione e del Merito

Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

**Istituto Comprensivo “II Via Stelvio” - Cesano Maderno**

Via Stelvio, 18 - 20811 Cesano Maderno (MB)

Tel. 0362/504610 - c.m. MBIC8E2001 - c.f. 83011530157

Codice Univoco Ufficio: UFS2H1

**e-mail:** [**mbic8e2001@istruzione.it**](mailto:mbic8e2001@istruzione.it) **sito WEB:** [**www.ic2viastelvio.edu.it**](http://www.ic2viastelvio.edu.it)

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

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

I sottoscritti ..........................................................................................................................................

genitori di ................................................................. nato a ......................................... il ...................

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

frequentante la classe .......... della Scuola ...........................................................................................

sita a ................................................. in Via .........................................................................................

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

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

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

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante ...................................

Genitori ......................................... ........................................