

	MS 20/A	Modulistica Studenti: RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI	Revisione: 3
			Data: 13/01/2020
			Pagina 1 di 2
			DS: originale firmato

REGIONE VENETO

Allegato A al Decreto n. 6 del 27 MAR. 2019 pag. ½

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.I.S. LEVI-PONTI
MIRANO**

I sottoscritti _____

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente _____

affetto dalla seguente patologia: _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____

di codesto Istituto _____

Sito a _____ in via _____

**CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E
CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA
SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI
FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL'ALLEGATA
AUTORIZZAZIONE MEDICA, RILASCIATA IN DATA _____ DAL
DOTT. _____.**

**COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI È
ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI
AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.**

	MS 20/A	Modulistica Studenti: RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI	Revisione: 3
			Data: 13/01/2020
			Pagina 2 di 2
			DS: originale firmato

Allegato A al Decreto n. 6 del 27 MAR. 2019 pag. 2/2

I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

SI

NO

Li, _____ Data _____

Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali

PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE _____

MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE _____

Recapiti telefonici utili

Madre O RESPONSABILE GENITORIALE

cell. _____ lavoro _____

Padre O RESPONSABILE GENITORIALE

cell. _____ lavoro _____

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell. _____ ambulatorio _____