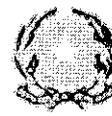


Unione Europea

FONDI STRUTTURALI EUROPEI

pon 2014-2020



MIUR

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (C12)



Ministero dell'Istruzione dell'Università e Ricerca

DIREZIONE DIDATTICA STATALE 1° CIRCOLO PAGANI
C.so E. PADOVANO - uffici amministrativi Piazza SANT'ALFONSO
Tel/Fax 0815150347 - 84016 PAGANI
sae102002@istruzione.it - Cod. Fisc. 80030340659
PEC: saee102002@pec.istruzione.it Sito Web: www.primocircolopagani.gov.it



Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di

- genitore
soggetto che esercita la potestà genitoriale

del minore frequentante \_\_\_\_\_ nell'a.s. 20.. /..

la Scuola [ ] Infanzia [ ] Primaria

Plesso Carducci [ ] Manzoni [ ] Rodari [ ] classe ..... Sez. ....

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il seguente/i farmaco/i con certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_ che si allega.

Si dichiara altresì che la validità e relativa data di scadenza del farmaco è stata controllata dalla famiglia. In caso di scadenza durante l'anno si provvederà alla sostituzione del farmaco scaduto.

A tal fine:

AUTORIZZA

- il personale scolastico individuato ed incaricato dal Dirigente alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto;
il minore stesso alla auto somministrazione per età, esperienza, addestramento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e "Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati personali".

[ ] SI [ ] NO

In fede (Firma)

\_\_\_\_\_

Numeri utili:

Genitori: .....
Medico curante: .....
Altro: .....