



Unione Europea

FONDI STRUTTURALI EUROPEI



2014-2020



MIUR

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (F12)



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: