

**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 affetto 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

.....  
.....

\* nel caso firmi un solo genitore:

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci  
dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver  
effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di  
cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di  
entrambi i genitori”.

Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

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

Genitori .....