

COMUNICAZIONE DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti e.....
in qualità di genitori-affidatari-tutori dell'alunno/a.....
frequentante la classe/sezione.....plesso.....
nell'anno scolastico....., come dichiarato dal medico, dott.....
nella certificazione medica allegata alla presente (Allegato 2),

DICHIARANO

che l'alunno/a in orario scolastico effettuerà autosomministrazione del farmaco (scrivere il nome commerciale)..... come prescritto nella suddetta certificazione medica.

I sottoscritti acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/2003

(Luogo e Data)

Firma dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale

.....