

## RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Alla Dirigente Scolastica  
IC C. Cantù  
Via dei Braschi 12  
20161 - Milano

I sottoscritti: \_\_\_\_\_

genitori o tutori/esercenti la potestà genitoriale di: \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la sezione/classe: \_\_\_\_\_ della  
Scuola

Infanzia     Primaria C. Cantù     Primaria A. Frank     Secondaria U. Saba

### CHIEDONO

sia somministrata in ambito scolastico la terapia prescritta, al proprio figlio, da medico/pediatra di famiglia o da medico specialista o Struttura Ospedaliera: \_\_\_\_\_

Allegano la prescrizione medica attestante **l'indispensabilità della somministrazione a scuola**, recante posologia, orario e modalità, diagnosi, impegnandosi a fornire il farmaco in confezione integra, provvedendo in tempo utile a rinnovare la fornitura dello stesso.

**S'impegnano inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco e ne verificano periodicamente la scadenza.**

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 GDPR.

Firma<sup>1</sup>

Data \_\_\_\_\_

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

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà.