  ****

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “ G.Lanfranco ” di GABICCE MARE (PU)**

**via XXV Aprile, SNC, 61011, Gabicce Mare (PU)**

Cod. Mecc. PSIC81200N – C.F. 92020460413 – C.U.F. **UFFY9A**

tel. 0541960118 - fax 0541954776

Email : [psic81200n@istruzione.it](mailto:psic81200n@istruzione.it) – PEC: [psic81200n@pec.istruzione.it](mailto:psic81200n@pec.istruzione.it) - WEB: <https://www.icgabicce.edu.it>

Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI/ESERCENTI POTESTÀ GENITORIALE DELL’ALUNNO/A E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il sottoscritto …………………………………………………………….genitore/esercente la potestà genitoriale dell’alunno/a ……………………………………………………………………………….

nato a…………………………il…………………residente a …………………………..in Via …………………………………………………………..

frequentante la classe ………….sez……………dell’Istituto Comprensivo “G. Lanfranco” ……………..……….. Dirigente Scolastico:

CHIEDE LA SOMMINISTRAZIONE

in ambito ed orario scolastico di farmaci, essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, come da allegata certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevoli che l’operazione viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs 196/03.

☐ SI ☐ NO

Gabicce Mare, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I genitori o l’esercente la potestà genitoriale

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

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

**Numeri di telefono utili**

Medico curante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I genitori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_