1° Istituto Comprensivo
Scuola Infanzia – Primaria – Secondaria 1° Grado
"G. M. COLUMBA" - Sortino (SR)

Al Dirigente Scolastico del
1° I. C. "G.M. COLUMBA"
SORTINO

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____
nato a _____ *il* _____, *e*
_____ *nata a*
_____ *il* _____
in qualità di genitori/tutori, dell'alunn__ _____
nat___ a _____ *il* _____, *frequentante*
la classe _____ *della scuola* _____*del plesso*
_____

☐ ***Sia continuata a scuola la terapia prescritta, al__ propri__ figli__ dal Medico curante o centro di riferimento, di cui si allega prescrizione medica***

☐ ***Sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui si allega prescrizione medica***

A tal fine i sottoscritti si impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità, a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di t6rattamento e si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Medico prescrittore Dott. _____ *tel.* _____

Genitori: tel. _____ *tel.* _____

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili, (sito comprensivocolumba.edu.it sez. Privacy) e di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati dalla suddetta informativa.

Sortino _____ *Firma* _____

Firma _____

Allegare documenti di identità