

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del Regolamento UE 2016/679, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e al personale del 112 per eventuali interventi in regime di urgenza.

Data _____

Firma _____

• Medico Prescrivente: Dr. _____ tel _____

Genitori:

• Madre _____ cell.: _____

• Padre _____ cell.: _____

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa.
- Ogni anno scolastico la richiesta dovrà essere ripresentata.
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico.
- Ogni confezione dovrà riportare il nome dell'alunno.
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente.
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà.

Data _____

Firma _____

Firma _____