Allegato C: compilazione a cura di genitori/tutore legale

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto _____

OGGETTO: richiesta prosecuzione della somministrazione farmaco
SALVAVITA/INDISPENSABILE

I sottoscritti
genitori/tutore legale di
nato/a il
residente a in via
frequentante la scuola..... classe..... sez

avendo inoltrato nel precedente anno scolastico formale richiesta per la somministrazione del
farmaco in ambito e orario scolastico,

CHIEDONO

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l'Anno Scolastico _____,
dichiarano che la terapia farmacologica salvavita/indispensabile prescritta non è mutata.

Inoltre, acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i
dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e Data

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale
Genitore 1 _____
Genitore 2 _____
Tutore Legale _____