



Egr. Dirigente Scolastico
Scuola
Via

AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA
Ai sensi della DGR 6919/2017"PROTOCOLLO D'INTESA tra Regione Lombardia e
Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a
scuola"

I sottoscritti e genitori di
nato a Como ilresidente a in Via
frequentante la classe della Scuola "....."
sita a via
chiedono l'autorizzazione ad accedere alla scuola regolarmente ogni giorno alle ore
.....per somministrare al proprio figlio il/i farmaco/icome da
allegata prescrizione medica rilasciata in data.....dal medico curante /specialista
Dr.....,

Si evidenzia che, su indicazione medica, data la patologia..... di cui
nostro figlio è affetto, la somministrazione del farmaco in orario scolastico risulta di assoluta
necessità per la salute del bambino.

Ci assumiamo inoltre l'impegno di monitorare la scadenza del farmaco dato in consegna alla
scuola.

Acconsentiamo altresì al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03 e
successive integrazioni o modifiche

SI

NO

Data

Firma dei genitori

Allegato n.4