



LICEO CLASSICO PARINI

## RICHIESTA/AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

qualora se ne ravvisi la necessità, in base alla prescrizione medica allegata

CHIEDO

la somministrazione allo/a stesso/a di terapia farmacologica, in via continuativa o al bisogno, come da prescrizione medica allegata.

AUTORIZZO

contestualmente, i professori alla somministrazione del farmaco, in via continuativa o al bisogno e, limitatamente alla fase che precede e segue la somministrazione, sollevo lo stesso da ogni responsabilità penale e civile, derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica prevista dalla allegata prescrizione medica, rilasciata in data ..... dal Dr \_\_\_\_\_, allegata alla presente.

Q	DESCRIZIONE PRODOTTO/ATTREZZATURA	DATA CONSEGNA	LUOGO DI CUSTODIA

Eventuali segnalazioni/istruzioni sull' utilizzo:

.....  
.....  
.....  
.....

Data \_\_\_\_\_

firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_ firma accompagnatori \_\_\_\_\_



LICEO CLASSICO PARINI



Ricevo dal/la sig./ra ..... Genitore/Tutore dell'alunno/a.....

**INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 (PRIVACY)**

*Si informa che i dati forniti con la compilazione del presente modulo saranno raccolti in apposita banca dati esclusivamente ai fini della presente istanza e per l'eventuale invio di materiale informativo. I dati saranno trattati anche con l'ausilio di sistemi informatici. Sono utilizzati i sistemi idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi.*

**Riconsegna**

Q	DESCRIZIONE PRODOTTO/ATTREZZATURA	DATA RICONSEGN A	EVENTUALI SEGNALAZIONI ALLA RICONSEGNA

Data..... Firma del genitore.....



LICEO CLASSICO PARINI