



AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. NICHELINO I

Il /La sottoscritto/ain qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome..... Nome.....

nato a (....) ile frequentante nell'anno scolastico...../.....

La Scuolaclasse.....sez.....

CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata rilasciata in datadal Dr.....

Essendo il minore affetto da

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

Nichelino, _____

Firma _____