

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Piazza Costa"
Piazza Costa, 23 - 20092
Cinisello Balsamo (MI)

e p.c. alla S.s. Prevenzione Distretto n° 7

I sottoscritti _____
genitori di _____
frequentante la classe _____ della Scuola _____

CHIEDONO

sia somministrata in ambito scolastico la terapia prescritta al proprio figlio dal medico curante/specialista o Struttura Ospedaliera:

Allegano la prescrizione medica attestante l'indispensabilità della somministrazione a scuola, recante posologia, orario e modalità, impegnandosi a fornire il farmaco.

Si impegnano inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco e ne verificano periodicamente la scadenza.

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

Firma*

Data _____

Recapiti telefonici: _____

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.