CONVITTO NAZIONALE "Vittorio Emanuele II"
Primaria - Secondaria di I Grado - Liceo Scientifico - Liceo Classico Europeo
Distr etto 4 7 – C. M . : N AVC 0 10009 - C. F. 80014710638
Pi azza Dan t e , 4 1 - 80135 NAPO LI – Tel 0815491740 – Fa x 081549. 9385/ 9402
sede EDUCANDATO STATALE
Infanzia - Primaria - Secondaria di I Grado
Pi azza M i rac oli , 3 7 - 80137 N AP O LI – Tel 08119706090 - Fa x 08119706089

Al Rettore Dirigente Scolastico
del Convitto Nazionale di Napoli
"Vittorio Emanuele II"
ATTI

OGGETTO: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il/La sottoscritto/a
IN QUALITA' DI MADRE E/O SOGGETTO ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE
(cognome) (nome)_____
Nata a_____
Residente a _____in via_____n_____
Domiciliata a _____in via_____n_____
IN QUALITA' DI PADRE E/O SOGGETTO ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE
(cognome) (nome) _____
Nato a _____
Residente a _____in via_____n_____
Domiciliato a _____in via_____n_____
Genitori di _____nato/a a _____il_____
Residente a _____in via_____
Frequentante a classe_____sez._____della Scuola_____
del Convitto Nazionale "Vittorio Emanuele II" di Napoli piazza Dante, 41.
Essendo il minore affetto da _____e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data_____dal Dott._____.
Consapevoli che l'operazione viene svolta da Personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
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_____ il_____

Padre _____ numeri di telefono utili_____

Madre_____ numeri di telefono utili _____

Pediatra di libera scelta/medico curante