CONVITTO NAZIONALE "Vittorio Emanuele II"
Primaria - Secondaria di I Grado - Liceo Scientifico - Liceo Classico Europeo
Distretto 47 – C.M.: NAVC010009 - C.F. 80014710638
Piazza Dante, 41 - 80135 NAPOLI – Tel 0815491740 – Fax 081549.9385/9402

sede EDUCANDATO STATALE
Infanzia - Primaria - Secondaria di I Grado
Piazza Miracoli, 37 - 80137 NAPOLI – Tel 08119706090 - Fax 08119706089

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il sottoscritto/a
IN QUALITA' DI PADRE E/O SOGGETTO ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE

(cognome)(nome)……...

nato/a a ……..

residente a ……..in via…… n. ……..

domiciliato/a in ……via…….n… ……
Il sottoscritto/a
IN QUALITA' DI MADRE E/O SOGGETTO ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE

(cognome)(nome)……...

nato/a a ……..

residente a ……..in via…… n. ……..

domiciliato/a in ……via…….n… ……

Genitori di…….nato/a a……..il……

residente a …….in via……...

Frequentante la classe ……sez. ……della Scuola……..del Convitto Nazionale Vittorio Emanuele II di Napoli Piazza Dante 41.

Essendo il minore affetto da……e constata l'assoluta necessità, chiedono che il minore si **auto-somministri,** in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del Personale della Scuola, 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.
Acconsento 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……...

Firma dei Genitori o di chi esercita la patria potestà

……

……

Numeri di telefono utili:
Pediatra di libera scelta/medico curante…….

Genitori……