



**SCUOLA PRIMARIA "S. VINCENZO GROSSI"**  
Primaria parificata - paritaria • LO1E002003 - D.M. 4022, 9 novembre 2000  
Via Legnano 24 - 26900 Lodi • tel. 0371 420213 • fax 0371 588699

## SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Io sottoscritto/a .....

Genitore/tutore dell'alunno/a .....

Nato a ..... il .....

Frequentante la classe ..... della scuola .....

### **CHIEDO**

Che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante nell'allegata prescrizione in data .....

- Sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Oppure che, in alternativa,

- Mio/a figlio/a si auto somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico.

*Eventuali reazioni che insorgessero a seguito della somministrazione, essendo state osservate tutte le cautele indicate nella prescrizione medica, non potranno essere attribuite a chi si è fatto carico della stessa e sollevato detto personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione.*

*Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D. Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta.*

Lodi, .....

Firma

.....

---

### **NUMERI DI TELEFONO UTILI**

- Medico proscrittore: Dr. ....
- Abitazione del genitore: .....
- Mamma cellulare: .....
- Papà cellulare: .....