



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

Al Dirigente Scolastico

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 sollevo 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:

Casa del Sacro Cuore

Sede amministrativa: via Legnano, 24 - 26900 Lodi • amministrazione@psdlodi.it • www.psdodi.it