

<p>PARROCCHIA DEI SANTI MARTINO E LAMBERTO <i>Scuola dell'Infanzia "SAN GIUSEPPE"</i> <i>Nido integrato</i> Via Roma 293 - ARSEGO 35010 SAN GIORGIO DELLE PERTICHE - PD Tel/fax. 049.5742061</p> <p>E-mail: materna-arsego@libero.it PEC: scuolaarsego@pec.fismpadova.it Sito internet: www.scuolainfanziaarsego.it (in costruzione)</p>	<p>RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI</p> <p>DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE ALLA COORDINATRICE</p>	<p>Mod Somm. Farmaci</p> <p>Rev. 0</p> <p>Pag. 1 di 1</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

I sottoscritti _____

Genitori di _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la sezione _____

Della Scuola dell'Infanzia "San Giuseppe"
Del Nido Integrato alla Scuola dell'Infanzia "San Giuseppe"

Essendo il minore affetto da _____

E CONTESTATA L'ASSOLUTA NECESSITA', CHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI COME DA ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA

RILASCIATA in data _____ Dal Dott. _____

Si precisa che LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO E' FATTIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO E DI CUI SI AUTORIZZA FIN DA ORA L'INTERVENTO.

I genitori 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)

SI

NO

Il _____ Data _____

Firma dei genitori

PADRE

MADRE

Recapiti telefonici utili

Madre cell. _____ lavoro _____

Padre cell. _____ lavoro _____

Pediatra di libera scelta/medico specialista

Cell. _____ ambulatorio _____