

	<p>PARROCCHIA DI SANTA FOSCA sede legale: Via Redentore, 1 - 31030 Altivole (TV) C.F. 83001970264 P.IVA: 01971280266 e-mail: scuolainfanzia.altivole@gmail.com SCUOLE DELL'INFANZIA PARITARIE</p>		
 <p>ALTIVOLE Via Roma, 1 0423-566217</p>	 <p>CASELLE Via S. Michele, 3 0423-566147</p>	 <p>SAN VITO P.zza San Vito, 4 0423-564185 SCUOLA BILINGUE</p>	

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE MEDICINALI SALVAVITA

(Art. 12 del regolamento delle scuole dell'Infanzia di Altivole, Caselle e San Vito)

Spett. Direzione Scuola infanzia:

di ALTIVOLE di CASELLE di SAN VITO

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a il.....

In qualità di genitore/esercitante la responsabilità genitoriale tutore affidatario

Del/la bambino/a.....

Nato/a a il.....

Essendo il Minore affetto da.....

CHIEDE LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I FARMACO/I SALVAVITA IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO COME DA ALLEGATA CERTIFICAZIONE MEDICA

Rilasciata in data Dal Dott.....

Si precisa che la somministrazione del/i farmaco/i è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si AUTORIZZA fin da ora l'intervento e che con la presente il/la sottoscritto/a SOLLEVA la scuola e l'insegnante da qualsiasi responsabilità riguardo la somministrazione che chiede di fare al/la proprio/a figlio/a.

Il genitore acconsente 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

(nome del/i farmaco/i).....

Breve descrizione della posologia e delle modalità di somministrazione

.....

Allega alla presente certificato medico

DATA,.....

Firma