

Allegato C

Al Dirigente Scolastico
della Scuola _____

OGGETTO: Prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti _____ Genitori
dell'alunno/a _____ nato/a _____
iscritto/a alla classe _____ Sez _____; avendo inoltrato nel
precedente anno scolastico formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario
scolastico;
considerato che nel corrente anno il / la proprio/a figlio/a necessita - in caso di bisogno - della
somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti

CHIEDONO

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l'Anno Scolastico _____

Inoltre, acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del reg. 679/2016 e D.Lgs. 101 del
2018 e ss.mm.ii. (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Data _____

I Genitori
