Al Dirigente Scolastico della scuola

I.C. "Parco degli Acquedotti"

Via Lemonia,226 00174 - Roma

OGGETTO : Richiesta attivazione percorso assistenziale integrato a scuola

I sottoscritti:

Sig.ra.....nata a.....il.....

e Sig..... nato a.....il.....,

residenti a.....via.....

genitori dell'alunno/a ..... nato il.....a.....

frequentante per l'anno scolastico.....la scuola.....

classe....., sez....., sita in Roma, via..... recapito telefonico

....., appartenente al Municipio n....., chiedono di attivare il percorso assistenziale integrato per il loro figlio/a presso la struttura scolastica.

In particolare, vista la patologia dell'alunno sopraindicato e constatata l'assoluta necessità, richiedono ed autorizzano il Capo d'Istituto o Suo delegato, sollevandoli da responsabilità civili e penali, in relazione ad eventi avversi, alla somministrazione del farmaco in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione / certificazione allegata.

A tal fine rilasciano i recapiti telefonici utili per qualsivoglia comunicazione :

madre....., padre.....

Medico di base Dr.....; tel.....

Si allega Piano Terapeutico della struttura specialistica .....

Informati sui diritti e sui limiti di cui al d.l. 30.06.03 n. 196 'Codice in materia di protezione dei dati personali', esprimono il proprio consenso al trattamento dei propri dati sensibili e di quelli del minore di cui sono legali rappresentanti, ai fini di diagnosi, cura, prevenzione e prestazioni connesse o per ricerche scientifiche.

Roma.....

In fede
I genitori

_____

A 1 **N.B. Tutti dati richiesti sono obbligatori**