



**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 e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data \_\_\_\_\_

⌘ Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

⌘ Genitori: Madre cell.: \_\_\_\_\_ Padre cell.: \_\_\_\_\_

## NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata.
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa.
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata.
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico.
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente.
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà.

