Allegato 2

 Al Dirigente Scolastico

 **I.C. BELLAGIO**

 Via D.Vitali 9

 22021 BELLAGIO

I SOTTOSCRITTI …………………………………………………………..(PADRE)

 …………………………………………………………..(MADRE)

GENITORI DELL’ALUNNO ……………………………………………….

FREQUENTANTE LA CLASSE ………………DELLA SCUOLA PRIMARIA/SECONDARIA

DI 1^ GRADO, SEDE DI …………………………………..

A U T O R I Z Z A N O

IL PERSONALE SCOLASTICO INDIVIDUATO DAL DIRIGENTE SCOLASTICO A SOMMINISTRARE, IN CASO DI NECESSITA’, AL PROPRIO FIGLIO/A, I FARMACI CONSEGNATI AL PERSONALE SCOLASTICO INCARICATO DELLA CUSTODIA COME DA PRESCRIZIONE MEDICA ALLEGATA.

I SOTTOSCRITTI SI IMPEGNANO A SOSTITUIRE I PREDETTI FARMACI ALLA LORO SCADENZA.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento europeo sulla Privacy 2016/679.

SI ALLEGA CERTIFICAZIONE SANITARIA RILASCIATA DAL MEDICO ………………………………….………….……………………

 IN FEDE

 (PADRE) ………………………………….

 (MADRE) …………………………………

Data, …………………….