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, …………………….