

**REFEZIONE SCOLASTICA:
RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE MEDICINALI
SALVA VITA**

COMUNE DI VERRÈS

Via Caduti Libertà n. 20 - tel. 0125 929324

e-mail: segreteria@comune.verres.ao.it

Protocollo
(riservato all'ufficio)

I sottoscritti (cognome-nome di entrambi i genitori)

residenti a _____ in via/p.zza/loc. _____
_____ tel. _____ genitori del bambino/a

Iscritto per l'a.s. _____ alla scuola infanzia primaria classe _____ sez. _____

**AUTORIZZANO LE ASSISTENTI DELLA REFEZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL/I FARMACO/I SALVA VITA
AL/ALLA PROPRIO/PROPRIA FIGLIO/A NEL CASO E NEI MODI SOTTODESCRITTO**

DICHIARANO CHE LE PERSONE DA CONTATTARE IN CASI DI EMERGENZA SONO: (IN ORDINE DI PRIORITA')

_____ TEL. _____

_____ TEL. _____

_____ TEL. _____

ALLEGATI

certificato medico rilasciato dal Dott. _____

Autorizziamo altresì a trasmettere copia della presente con copia dell'allegato certificato medico alla Società SARCA CSRL. la quale si occupa della gestione delle assistenti alla refezione scolastica, come previsto dall'informativa relativa al trattamento dei dati personali sottoscritta in sede di iscrizione al servizio di refezione scolastica.

, li _____ Firma dei genitori

Madre: _____

Padre: _____