



# ISTITUTO COMPRENSIVO "CIVEZZANO"

Via Murialdo, 27 - 38045 Civezzano (TN)

tel. 0461/858485 fax 0461/858901 c.f. 96056930223

segr.i.c.civezzano@scuole.provincia.tn.it; ic.civezzano@pec.provincia.tn.it; www.iccivezzano.eu



Scuola Primaria "Gian Battista Borsieri" • Scuola Primaria di Seregno • Scuola Primaria "Amabile Girardi" • Scuola Primaria di Albiano  
Scuola Secondaria di Primo Grado "Giulio Alessandrini" • Scuola Secondaria di Primo Grado di Albiano

## PER GENITORI

### Allegato 1 - alla procedura per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

#### RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

(Da compilarsi a **cura dei genitori** dell'alunno/a e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

in veste di :  genitori o  soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno/a: \_\_\_\_\_

*Cognome e Nome*

nato/a a : \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

residente in via : \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

con sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_

affetto da : \_\_\_\_\_

*Riportare la patologia diagnosticata*

e constatata l'assoluta necessità,

#### CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data: \_\_\_\_\_ dal Dott./ssa \_\_\_\_\_

Si precisa che la somministrazione del farmaco è **fattibile anche da parte di personale non sanitario** e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D. Lgs. 196/03 e ssmm.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o  
di chi esercita la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o  
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: \_\_\_\_\_

Genitori: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_