



ISTITUTO COMPRENSIVO
"ALCIDE DE GASPERI"
VIA FORNARA - STRASATTI – 91025 MARSALA
TEL. 0923-961292 FAX 0923-741129
E-mail: tpic81600v@istruzione.it – www.icdegasperimarsala.edu.it
C.M. TPIC81600V - C.f. 82006360810

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

da compilare a cura dei genitori (o di chi esercita la patria potestà) dell'alunno e consegnare al
Dirigente scolastico

**Al Dirigente scolastico
dell'Istituto Comprensivo "A. De Gasperi"
MARSALA**

Il sottoscritto/a _____
genitore/tutore dell'alunno/a _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ in
via _____
frequentante l'Istituto _____ plesso _____
classe _____ sez. _____

D I C H I A R A

che il proprio figlio/a _____ è affetto/a da

e constatata l'assoluta necessità

C H I E D E

che venga somministrato allo stesso/a il farmaco in caso di urgenza come da allegato certificato
medico rilasciato in data _____ dal Dott. _____

A U T O R I Z Z A

il personale docente e non docente individuato dal Dirigente scolastico ad effettuare la somministrazione del farmaco.

Allega, a tal fine, il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarato nella presente, corredato da prescrizione del farmaco indispensabile con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.

I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) GDPR n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

SI NO

Marsala

Data _____

Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali

Padre o responsabile genitoriale

Madre o responsabile genitoriale

Allegare fotocopia documento di riconoscimento dei genitori

Recapito telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° numero _____

2° numero _____