



## ISTITUTO COMPRENSIVO PINEROLO V CUMIANA

ALLEGATO 1

DOMANDA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

### **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Da COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO  
e da CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_

genitore/i - tutore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_

Telefono cellulare \_\_\_\_\_

Telefono di \_\_\_\_\_

vista la specifica patologia dell'alunno \_\_\_\_\_

#### **RICHIEDE**

**La somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione o piano d'azione rilasciata dal Dott. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_; si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario;**

**L'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico a:**

- genitori
- tutori
- Sig. \_\_\_\_\_

**per somministrare il farmaco secondo gli orari specificati nella certificazione medica;**

Si allega la prescrizione/certificazione medica.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_