



## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE di PIEVE DEL GRAPPA

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado

Via San Carlo, 5 - 31017 Pieve del Grappa (TV) - Tel. 0423.53043/53300

E-mail: tvic86500e@istruzione.it - Posta elettronica certificata: tvic86500e@pec.istruzione.it - Sito web: www.icpievedelgrappa.edu.it

Codice Meccanografico: TVIC86500E - Codice fiscale: 83005430265 - Codice Univoco Uff.: UFX7W5

Allegato 1

**Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. di Pieve del Grappa**

**Oggetto: richiesta di somministrazione di farmaci a scuola A.S. 2023/2024**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
in qualità di

genitori

soggetti esercenti la potestà genitoriale

di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e frequentante la classe \_\_\_\_\_, sez. \_\_\_\_\_, della Scuola dell'Infanzia/Primaria/  
Secondaria \_\_\_\_\_ dell'Istituto Comprensivo di Pieve del Grappa,  
essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta  
necessità

### CHIEDONO

che sia somministrato in ambito ed orario scolastico al minore sopra indicato il/i farmaco/i  
prescritto/i dal medico curante, Dott. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
coerentemente alla certificazione medica allegata.

Si precisa che la somministrazione del/i farmaco/i è fattibile anche dal personale non sanitario di  
cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i  
dati sensibili sono dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

sì

no

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante**

**Numeri di telefono utili:**

**Medico curante:** \_\_\_\_\_

**Genitori esercenti la patria potestà:** \_\_\_\_\_

**In fede**

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

**Firme** \_\_\_\_\_