



ISTITUTO COMPRESIVO 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 - Fax 0423.939343
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.

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 _____