



ISTITUTO COMPRENSIVO DI LIMENA

Scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado - Via B. A. Da Limena, 33- 35010 LIMENA (PD)

DISTRETTO n°44 C.M.:PDIC84800P C.F.:92128030282 Tel.0490990001 e fax: 0490990002 pdic84800p@istruzione.it
PEC: pdic84800p@pec.istruzione.it Codice Univoco Ufficio per la fatturazione elettronica: UFUM7L

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico
unitamente alla prescrizione del medico curante)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO _____

I sottoscritti _____

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente:

affetto dalla seguente patologia:

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____

di codesto Istituto _____

Sito a _____ in via _____

**CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE
AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN
AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE
NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA,**

RILASCIATA in data _____ dal dott. _____

Modalità di consegna del farmaco alla scuola _____

COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDDETTI FARMACI È ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.

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) 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

Il _____ Data _____

Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali

PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

Recapiti telefonici utili

Madre **O RESPONSABILE GENITORIALE** cell. _____ lavoro _____

Padre **O RESPONSABILE GENITORIALE** cell. _____ lavoro _____

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell. _____ ambulatorio _____

**Modello conforme ad Allegato A del Decreto n. 6 del 27 MAR. 2019 giunta regionale REGIONE
VENETO**