



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE MARIA MONTESSORI

Viale Italia n. 9 - 91011 – ALCAMO (TP) – Tel. 0924-21906 - Fax 0924-26856
C.F. 80004560811 – Sito web: www.icmontessorimirabella.edu.it
Email: tpic81100q@istruzione.it - PEC: tpic81100q@pec.istruzione.it



ALLEGATO A 1

MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA A CURA DEI GENITORI O PERSONE DELEGATE

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo MONTESSORI

agli Atti

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ e residente a _____

via _____ n° _____

La sottoscritta _____ nato a _____

Il _____ e residente a _____

Via _____ n° _____

Genitori/esercente/i la potestà genitoriale del/della minore _____

Frequentante nell'anno scolastico _____ la classe/sezione _____ della scuola _____

Essendo il/la minore affetto/a da _____

e constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO

- ✓ La somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata dichiarazione medica rilasciata in data _____ dal Dott _____;
- ✓ Che venga autorizzato l'accesso a scuola per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico le persone in elenco, di cui si specifica il grado di parentela con l'alunno/a:
 -
 -
 -

-

ALLEGANO COPIA FOTOSTATICA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DI CIASCUNA DELLE PERSONE INDIVIDUATE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA.

- ✓ Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla prescrizione medica.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs.vo 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

SI

NO

Alcamo, li _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Firma di altra persona esercente la patria potestà _____

Recapiti telefonici

	Numero di cellulare	Numero fisso
Madre		
Padre		
Altra persona esercente la patria potestà		