



# **ISTITUTO COMPRENSIVO "DE GASPERI – DE VITA"**

*Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di I grado ad indirizzo musicale*

C/da Fornara, 1 - 91025 MARSALA (TP) - Tel. 0923-961292

**C.F. 82006360810 - C.M. TPIC81600V**

e-mail: [tpic81600v@istruzione.it](mailto:tpic81600v@istruzione.it) - pec: [tpic81600v@pec.istruzione.it](mailto:tpic81600v@pec.istruzione.it)

sito [www.icdegasperimarsala.edu.it](http://www.icdegasperimarsala.edu.it)

## **RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

da compilare a cura dei genitori (o di chi esercita la patria potestà) dell'alunno/a e consegnare agli uffici di segreteria.

**Al Dirigente scolastico  
dell'Istituto comprensivo  
"De Gasperi- De Vita"  
Marsala**

I sottoscritti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

genitori/responsabili genitoriali dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in

via \_\_\_\_\_

frequentante l'Istituto \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

sez. \_\_\_\_\_

### **DICHIARANO**

che il proprio figlio/a \_\_\_\_\_ è affetto/a da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessità

## CHIEDONO

che venga somministrato allo/a stesso/a il farmaco in caso di urgenza come da allegato certificato medico rilasciato in data \_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_

## AUTORIZZANO

il personale docente e non docente individuato dal Dirigente scolastico ad effettuare la somministrazione del farmaco.

Allega, a tal fine, il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarato nella presente, corredato da prescrizione del farmaco indispensabile con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.

**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) GDPR 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**

Marsala, \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

### Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali

\_\_\_\_\_  
**Padre o responsabile genitoriale**

\_\_\_\_\_  
**Madre o responsabile genitoriale**

Allegare fotocopia documento di riconoscimento dei genitori.

Recapito telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° numero \_\_\_\_\_

2° numero \_\_\_\_\_