



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE
"MARCO FANNO"- CONEGLIANO (TV)**

C.F.: 00526400262 - C.I.: TVIS00900A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO
(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e consegnare alla Dirigente scolastica)

Alla Dirigente Scolastica
IISS "Marco Fanno"
Conegliano

____ sottoscritt _____
genitore/ tutore dell'alunn _____ nat _____ a
_____ il _____ iscritto a Codesto Istituto
classe _____ sez. _____

DICHIARA

che ____ propri ____ figli _____ è
affett ____ da _____ che
può portare a crisi temporanee. In tal caso

SEGNALA

____ ragazz ____ è in grado di autosomministrarsi il farmaco _____ come da allegata
prescrizione medica rilasciata in data _____ dal
dott. _____ e

AUTORIZZA

il personale docente e non docente ad effettuare (se necessario) / aiutare / consentire la somministrazione del
farmaco esonerando la scuola da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa. Allega,
a tal fine, il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarato nella presente,
corredato da prescrizione del farmaco indispensabile con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di
somministrazione.

ACCONSENTE

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

Conegliano, _____

Firma del genitore o dell'esercente potestà genitoriale _____

Recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° NUMERO _____

2° NUMERO _____

Ultimo aggiornamento 10 marzo 2017