



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

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

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

(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 _____ e constatata
l'assoluta necessità

CHIEDE

venga somministrato all__ stess__ il farmaco _____ in caso di urgenza come da allegata
prescrizione medica rilasciata in data _____ dal dott. _____ e

AUTORIZZA

il personale docente e non docente ad effettuare 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 _____