



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Allegato A al Decreto n.

6

del 27 MAR. 2019



**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 COMPRESIVO "L. SPALLANZANI"  
VENEZIA - MESTRE

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. \_\_\_\_\_**

**COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI 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 \_\_\_\_\_