



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO "L. DA VINCI" - MESTRE (VE)

via Tevere 93 - tel. 041614863 - fax 0415346917
Codice meccanografico: VEIC87300D - C.F. 82011580279
<http://www.icleonardodavincivenezia.edu.it>
veic87300d@istruzione.it veic87300d@pec.istruzione.it



RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE
FARMACI SALVAVITA A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico
I.C. Leonardo da Vinci
Venezia - Mestre

I sottoscritti _____
Genitori ☐ Tutore ☐ dell'alunno/a _____
Frequentante la scuola _____ classe _____ sez _____ a s. _____
Telefono fisso _____ telefono cellulare _____
Telefono di _____

Vista la specifica patologia dell'alunno/a (indicare la patologia tra: asma bronchiale, diabete, crisi convulsive febbrili/epilettiche, shock anafilattico): _____

CHIEDONO

di provvedere e contestualmente autorizzano codesta istituzione scolastica alla

- ☐ **SOMMINISTRAZIONE** allo studente, in orario scolastico da parte del personale scolastico, dei farmaci indicati nella prescrizione medica allegata;
- ☐ Che il proprio/a figlio/a possa procedere all'**AUTO-SOMMINISTRAZIONE** in orario scolastico dei farmaci indicati nella prescrizione medica allegata;

A tal fine

- Allegano prescrizione/certificazione redatta dal dottor _____
in data _____
- N° 1 fototessera
- Si impegnano a consegnare ai docenti il farmaco specifico _____
con scadenza _____ e s'impegnano a provvedere alla sostituzione alla scadenza
- Autorizzano inoltre l'Istituto Comprensivo al trattamento dei dati forniti nell'ambito delle finalità di cui alla presente richiesta.

DATA _____

FIRMA DEI GENITORI o del tutore

In caso di firma di un solo genitore

Il sottoscritto, _____ in qualità di genitore, o chi esercita la responsabilità genitoriale, dell'alunno _____ dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337, 337 ter e 337 quater del Codice Civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Autorizza inoltre l'Istituto Comprensivo al trattamento dei dati forniti nell'ambito delle finalità di cui alla presente richiesta.

DATA _____

FIRMA DEL GENITORE

N.B. La richiesta corredata dalla certificazione aggiornata va rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico.