

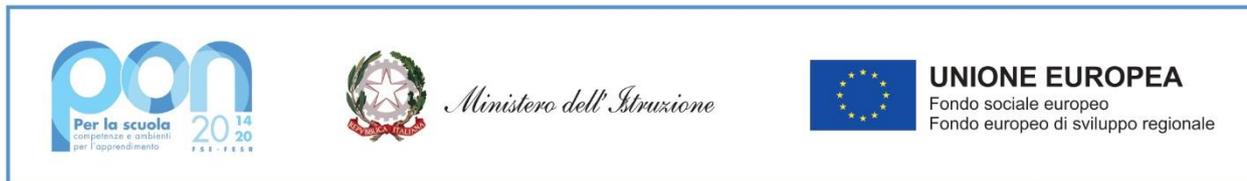


Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo Statale Como Albate

p.zza IV Novembre, 1 – 22100 Como Tel. 031 524656

Sito web: www.icscomoalbate.edu.it e-mail: coic81200t@istruzione.it

pec: coic81200t@pec.istruzione.it



Allegato A2: compilazione a cura di genitori/tutore legale

Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto _____

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco INDISPENSABILE

I sottoscritti.....
genitori/tutore legale dinato a..... il.....
residente a in via.....
n. frequentante la scuola classe.....
sezione....., essendo il minore affetto dalla seguente patologia.....
.....

chiedono che

venga somministrato, in ambito e orario scolastico, il farmaco indispensabile.....
.....come da allegata autorizzazione (Allegato B2) rilasciata
in data ___/___/___ dal PLS/MMG dott.

I sottoscritti, consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria (Allegato B2).





Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo Statale Como Albate

p.zza IV Novembre, 1 – 22100 Como Tel. 031 524656

Sito web: www.icscomoalbate.edu.it e-mail: coic81200t@istruzione.it

pec: coic81200t@pec.istruzione.it



Si allega, inoltre, se in possesso, il Piano Terapeutico di somministrazione del farmaco indispensabile compilato dal Medico Specialista.

Numeri di telefono necessari:

-Genitori/Tutore Legale.....

-Pediatria di libera scelta (PLS)/medico curante (MMG).....

Se l'alunno/a è seguito/a presso un Centro Specialistico, indicare il nome dello specialista, la struttura di riferimento e un recapito telefonico

I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

"I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiarano di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Luogo e Data

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

Genitore 1 _____

Genitore 2 _____

Tutore Legale _____

