

Alla Dirigente Scolastica
dell'ITCG G. Marconi
PENNE

OGGETTO: Richiesta somministrazione farmaco

I sottoscritti _____ e

In qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell'alunno _____ nato il _____
e frequentante nell'a.s. 2026/2027 la classe _____ presso il plesso
_____ dell'ITCG "G. Marconi"

CHIEDONO

Che, in caso di bisogno, al proprio figlio venga somministrato il farmaco _____
dal personale in servizio nel plesso, al fine di consentire al proprio figlio la frequenza scolastica.

A tal fine si forniscono per iscritto istruzioni per la somministrazione del farmaco medesimo, impartite dal proprio medico di fiducia, oltre che certificazione medica sullo stato di salute del ragazzo/a.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

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

Cordiali saluti.

