



FONDI STRUTTURALI EUROPEI
2014-2020
PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per Interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'istruzione e per l'innovazione digitale
MIUR



Istituto Comprensivo di Pieve di Soligo
Scuola Primaria e Secondaria di 1° grado – Comune di Pieve di Soligo (Treviso)
Scuola dell'Infanzia e Primaria – Comune di Refrontolo (Treviso)

Ufficio del Dirigente – Ufficio di Segreteria: Via Battistella, 3 - 31053 Pieve di Soligo (TV)

Codice fiscale: 82004190268 - Codice ministeriale: TVIC84200T

Tel. 0438 / 82011 - Fax 0438 / 840793

e-mail: ddpieve@tin.it - tvic84200t@istruzione.it - PEC tvic84200t@pec.istruzione.it - sito: www.icpieve.gov.it

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

da compilare a cura dei genitori (o di chi esercita la patria potestà) dell'alunno e consegnare al Dirigente Scolastico

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Pieve di Soligo

Il sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ in via _____

frequentante l'Istituto _____ plesso _____

classe _____ sez. _____

DICHIARA

Che il proprio figlio/a _____ è affetto/a da _____

e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

che venga somministrato allo stesso/a il farmaco in caso di urgenza come da allegato certificato medico rilasciato in data _____ dal Dott. _____

AUTORIZZA

il personale docente e non docente individuato dal Dirigente Scolastico ad effettuare la somministrazione del farmaco.

Allega, a tal fine, il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno/a 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.

Data _____

Firma del genitore o dell'esercente potestà genitoriale

Allegare fotocopia documento di riconoscimento del genitore

Recapito telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° numero _____

2° numero _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
reggente
(Dott. Pier Eugenio Lucchetta)