

| | | |
|--|---|--|
|  | ISTITUTO COMPRENSIVO PIER GIORGIO FRASSATI Via Tiraboschi, 33 – 10149 TORINO- Tel 011-01166600 TOIC8B2008@istruzione.it www.scuolafressatitorino.gov.it CF: 97833090018 |  |
| Scuola Infanzia PRINCIPESSA ISABELLA Via Gorresio, 13 TOAA8B2015  | Scuola Primaria GUIDO GOZZANO Corso Toscana, 88 TOEE8B201A  | Scuola secondaria di I grado PIER GIORGIO FRASSATI Via Tiraboschi, 33 TOMM8B2019  |

**Al Dirigente Scolastico
dell'IC *Pier Giorgio Frassati***

OGGETTO: RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Il sottoscritto _____
 nato a _____ prov. _____ il _____
 padre madre tutore dell'alunno/a _____
 nato/a _____ a prov. _____ il _____ iscritto
 to per il corrente anno scolastico nella classe _____ della scuola INFANZIA PRINCIPESSA
 ISABELLA PRIMARIA GOZZANO SECONDARIA I GRADO FRASSATI

vista la specifica patologia dell'alunno

CHIEDE

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | La somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione o piano d'azione rilasciata dal Dott. _____ in data _____. Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario. |
| <input type="checkbox"/> | L'intervento specifico _____ |
| <input type="checkbox"/> | L'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico. |

Si allega la prescrizione/certificazione medica.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Per comunicazioni tel./ cell. _____ tel/ cell. _____.

Torino, _____

Firma _____