

	<b>ISTITUTO COMPRENSIVO PIER GIORGIO FRASSATI</b> Via Tiraboschi, 33 – 10149 TORINO- Tel 011-01166600 <a href="mailto:TOIC8B2008@istruzione.it">TOIC8B2008@istruzione.it</a> <a href="http://www.scuolafraassatitorino.gov.it">www.scuolafraassatitorino.gov.it</a> CF: 97833090018	
Scuola Infanzia <b>PRINCIPESSA ISABELLA</b> Via Gorresio, 13 TOAA8B2015 	Scuola Primaria <b>GUIDO GOZZANO</b> Corso Toscana, 88 TOEE8B201A 	Scuola secondaria di I grado <b>PIER GIORGIO FRASSATI</b> 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"/>	<p><b>La somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione o piano d'azione rilasciata dal Dott. _____ in data _____.</b></p> <p>Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario.</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>L'intervento specifico</b></p> <p>_____</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>L'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico.</b></p>

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 \_\_\_\_\_