

## ISTITUTO COMPRENSIVO PINEROLO V – CUMIANA

Via M. Ferrero, 11 - 10040 Cumiana (TO) - Tel. 011/9059080 - C.F.: 94544340014

Codice Mecc.TOIC84600R e-mail: TOIC84600R@istruzione.it – pec: [toic84600r@pec.istruzione.it](mailto:toic84600r@pec.istruzione.it)

Sito web: <https://www.icpinerolo5.edu.it/> - Codice univoco ufficio: UFXU3K

Scuola Infanzia "N. Armstrong" Cantalupa (TO) - TOAA84603Q	Scuola Infanzia "Arcobaleno" Cumiana (TO) - TOAA84600L	Scuola Infanzia "W. Disney" Frossasco (TO) - TOAA84602P	Scuola Infanzia "G. Rodari" Roletto (TO) - TOAA84604R
Scuola Primaria "S. Pignatelli" Cantalupa (TO) - TOEE846031	Scuola Primaria Cumiana Cap. Cumiana (TO) - TOEE84601V	Scuola Primaria Cumiana Pieve Cumiana (TO) - TOEE84602X	Scuola Primaria "S. Pellico" Frossasco (TO) - TOEE84602V
Scuola Primaria "G. Rodari" Roletto (TO) - TOEE846053	Scuola Secondaria di I Grado "Carutti" Cumiana (TO) - TOMM84601T	Scuola Secondaria di I Grado "Piero Angela" Frossasco (TO) - TOMM84602V	

Da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare in segreteria al Dirigente Scolastico

### RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_  
genitori e/o tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_  
vista la specifica patologia dell'alunno

#### CHIEDE/CHIEDONO

- la somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione o piano d'azione rilasciata dal Dott. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ e si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario;
- l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico a genitori e/o tutori per somministrare il farmaco secondo gli orari specificati nella certificazione medica
- di autorizzare il seguente personale scolastico all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da prescrizione medica

COGNOME E NOME	QUALIFICA
1	
2.	
3	
4.	

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).

Luogo data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA 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.