

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Via Acquaregna, 112 - 00019 Tivoli

**ISTITUTO COMPRENSIVO TIVOLI I - TIVOLI CENTRO**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ (padre) \_\_\_\_\_ (madre)

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in

via \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

della classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ della scuola ☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐ SECONDARIA I

- ☐ Plesso Sandro Pertini
- ☐ Plesso Don Nello del Raso
- ☐ Plesso E. Segré
- ☐ Plesso Braschi

constatata l'assoluta necessità dell'assunzione del farmaco prescritto, come da allegata certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_ e nell'impossibilità di somministrare personalmente il farmaco per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, e dichiarano che tale somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del somministrante.

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

TIVOLI, \_\_\_\_\_

**Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si allega:

- Fotocopia di identità di entrambi i genitori
- Prescrizione del medico
- Numeri di telefono utili:  
Pediatra ASL di libera scelta/Medico curante \_\_\_\_\_