



ISTITUTO COMPRENSIVO DI ZERO BRANCO

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

Via IV Novembre, 22 - 31059 Zero Branco (TV)

Tel 0422 97056 - 0422 485304 - CF 80011140268

www.iczerobranco.edu.it tvic83500p@istruzione.it tvic83500p@pec.istruzione.it



Modulo 01

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
dell'Istituto I.C. Zero Branco

Il sottoscritto/a _____
genitore/tutore dell'alunno/a _____ nato/a _____
il _____ residente a _____
in via _____
frequentante l'Istituto _____ plesso _____
classe _____ sez. _____

D I C H I A R A

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

_____ e constatata l'assoluta necessità

C H I E D E

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

A U T O R I Z Z A

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.



ISTITUTO COMPRENSIVO DI ZERO BRANCO

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

Via IV Novembre, 22 - 31059 Zero Branco (TV)

Tel 0422 97056 - 0422 485304 - CF 80011140268

www.iczerobranco.edu.it tvic83500p@istruzione.it tvic83500p@pec.istruzione.it



ACCONSENTE

al trattamento delle categorie particolari di Dati ai sensi del GDPR 679/2016 UE
regolamentato dal Dlgs. 101/2018.

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 _____