



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "ADELE ZARA"

Scuole dell'infanzia - Scuole primarie - Scuole secondarie I grado

Via Marmolada, 20 30034 Oriago di Mira (Ve) tel. 041429688

e-mail VEIC86900T@istruzione.it – posta certificata: VEIC86900T@pec.istruzione.it

sito web: www.istitutocomprensivoadelezara.edu.it

Cod. Scuola VEIC86900T

Cod. Fisc 90164470271



Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto Comprensivo Adele Zara

Oggetto: Richiesta di somministrazione Farmaci

I sottoscritti.....

.....

Genitori/responsabili dell'alunno:

.....

Frequentante la classe..... del plesso

Cell. cell.....

di codesto Istituto

constatata la necessità di somministrazione farmaci chiedono che il proprio figlio possa portare i farmaci di cui necessita a scuola e contestualmente sollevano la scuola da ogni responsabilità in merito alla somministrazione degli stessi da parte dall'alunno.

L'informativa relativa al trattamento dei dati è presente sul sito della scuola all'indirizzo:

<https://www.istitutocomprensivoadelezara.edu.it/wsite/privacy>

Data.....

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

.....

.....

(padre o chi ne fa le veci)

(madre o chi ne fa le veci)

Al DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "ADELE ZARA"
MIRA - ORIAGO

OGGETTO: Dichiarazione medica.

Il sottoscritto dott.

.....

medico curante dell'alunno/a.....

nato/a ail

che frequenta la scuola.....classe.....sez.....

DICHIARA

cheè affetto da.....

.....

e pertanto in caso di "urgenza" e precisamente (descrivere brevemente i sintomi di una "crisi"):

.....

.....

.....

è necessario che venga somministrato all'alunno/a il seguente farmaco.....

.....

nella seguente posologia.....

e con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione.....

.....

.....

.....

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non comporta particolari inconvenienti dal punto di vista clinico e pertanto il personale scolastico, presente al momento dell'urgenza, ha l'obbligo di somministrare il farmaco pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

Data

Firma