



# ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO "NORD"

VIA GINO MORETTI 79 - 63074 SAN BENEDETTO DEL TRONTO

C.F. 91038880448 – C.M. APIC833003

TEL. 0735/592458 - www.iscnord.gov.it

segreteria@iscnord.it - apic833003@pec.istruzione.it



Al Dirigente Scolastico  
I.S.C. Nord  
San Benedetto del Tronto

Oggetto: RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti.....e.....

genitori di .....classe.....sez.....plesso.....

nato a .....il.....residente a.....

in via.....;

essendo il minore affetto da.....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data.....

dal Dottor.....

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si autorizza fin d'ora l'intervento declinando ogni responsabilità.

Acconsentiamo al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03.

SI

NO

DATA

.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri telefono utili:

-pediatra di libera scelta/medico curante.....

-genitori.....