

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
**ISTITUTO COMPRENSIVO ASSISI 3**

Via Croce, 38 – Petignano – 06081 Assisi (PG) – Tel: **0758038063** – Fax: **0758099693**

e-mail: **pgic833006@istruzione.it** – posta pec: [pgic833006@pec.istruzione.it](mailto:pgic833006@pec.istruzione.it)

sito web: **www.istitutocomprensivoassisi3.edu.it**

codice fiscale: **80055110540**

**Modello B**

**RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO\***

I sottoscritti ..... e .....  
in qualità di genitori – affidatari tutori dell'alunno/a .....  
residente a ..... in via .....  
frequentante la classe ..... della scuola .....  
nell'anno scolastico ....., essendo il minore affetto da .....

**Crisi convulsive**     **Asma bronchiale**     **Shok anafilattico**     **Diabete giovanile**

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata (MODELLO A), rilasciata in data ..... dal Dott. ....

**CHIEDONO** (*Barrare la voce che interessa*)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a;
- di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale;
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
- la vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto-somministrazione)*
  - l'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto-somministrazione).*

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.

In fede,  
(Luogo e Data) ..... il .....

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili: Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell ..... Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell ..... Tel. medico curante Dott. .... tel.fisso ..... Tel cell .....
--

\*La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente scolastico

Il/la sottoscritto/a ..... autorizza la scuola al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.vo n. 196/2003 e dell'art.13 GDPR (Regolamento EU 2016/679).

FIRMA

REVISIONE 2018