



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO

Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia - Ambito Territoriale per la Provincia di Catania

ISTITUTO **C**OMPENSIVO **S**TATALE AD **I**NDIRIZZO **M**USICALE

“M. MONTESSORI - P. MASCAGNI”

Via GIUSEPPE DI GREGORIO, 22 - 95122 CATANIA - ☎ TEL./FAX- 095201922

Codice Meccanografico **CTIC8AF00V** - Codice Fiscale **80016050876** - ✉ ctic8af00v@istruzione.it - ctic8af00v@pec.istruzione.it

<https://www.montessorimascagnict.edu.it>

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il/la sottoscritto/a.....genitore
dell'alunno/a nato a
il residente a in via.....
frequentante la classe sez..... Plesso

Ordine di scuola.....

Essendo il/la minore affetto/a da patologia certificata e constatata l'assoluta necessità ai fini terapeutici, chiede la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal dott.

..... **(da allegare)**

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Catania, Data

Firma dei/del genitori/e o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....