



# 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.gov.it](http://www.iczerobranco.gov.it) [tvic83500p@istruzione.it](mailto:tvic83500p@istruzione.it) [tvic83500p@pec.istruzione.it](mailto: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. \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Che il proprio figlio/a \_\_\_\_\_ è affetto/a da

\_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta necessità

### CHIEDE

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

### AUTORIZZA

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



## 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.gov.it](http://www.iczerobranco.gov.it) [tvic83500p@istruzione.it](mailto:tvic83500p@istruzione.it) [tvic83500p@pec.istruzione.it](mailto:tvic83500p@pec.istruzione.it)



indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.

### 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 \_\_\_\_\_