



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

I. C. Leonardo da Vinci

V.le della Grande Muraglia, 37

Via Lione, 3 – Via dell'Elettronica, 3 - Roma 00144

C.F. 80235210582– C.M. RMIC8BZ00C

✉rmic8bz00c@istruzione.it - ✉rmic8bz00c@pec.istruzione.it

www.icleonardodavinci.edu.it ☎ - 📠 0652209322



MIUR



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per il sistema educativo dell'infanzia, per la prima istruzione e per la scuola primaria, secondaria e superiore
DIREZIONE REGIONALE PER IL LAZIO



RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____ genitori
dell'alunno/a _____ nato/a
a il _____ frequentante la Classe _____ Sez. _____

presso via _____, constatata l'assoluta necessità dell'assunzione del
farmaco prescritto, come da allegata certificazione medica, rilasciata in data _____ e
nell'impossibilità di somministrarlo personalmente,

chiedono

la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico, per l'anno scolastico 2012!13
da parte di personale scolastico disponibile incaricato da codesta Direzione e da personale
disponibile AEC Comunale.

I sottoscritti si impegnano a istruire il personale disponibile tramite il "medico curante" o altro
sanitario; la Direzione Scolastica avrà cura di pianificare il calendario di intervento di tale
impegno di formazione

*(Le informazioni sul trattamento dei suoi dati personali esercitato dall'Istituto e le modalità per l'esercizio dei
suoi Diritti sono disponibili sul sito dell'Istituto all'interno dell'area relativa alla Privacy -GDPR)*

Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria podestà

Numero di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/ Medico curante _____

Genitori _____