

# ISTITUTO COMPRENSIVO “*Cardinale Agostino Casaroli*”

Via Verdi, 6 – 29015 Castel San Giovanni (PC)

C.M. PCIC81700C - C.F. 80011290337

Tel.- 0523 842788 - Fax - 0523 882247

e-mail: - [pcic81700c@istruzione.it](mailto:pcic81700c@istruzione.it) – PEC [pcic81700c@pec.istruzione.it](mailto:pcic81700c@pec.istruzione.it)

SITO – [www.comprensivo-csg.edu.it](http://www.comprensivo-csg.edu.it)

**FUTURA**

**LA SCUOLA  
PER L'ITALIA DI DOMANI**

Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU

Ministero dell'Istruzione  
e del Merito

**Italiadomani**  
Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Mod. 27/A

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo “*Card. A. Casaroli*”  
Via Giuseppe Verdi 6  
29015 Castel S. Giovanni

Oggetto: **Richiesta somministrazione farmaci in orario ed ambito scolastico**

Io sottoscritto/a (cognome nome) .....  
genitore/tutore dello studente (cognome e nome) .....  
nato a ..... il ..... / ..... / .....  
residente a ..... in via .....  
che frequenta la classe ..... sezione .....  
della scuola .....

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica e dell'eventuale disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

## CHIEDO

(barrare la scelta)

☐ di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a

oppure:

☐ che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica allegata

Consegno n. .... confezioni integre.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

Firma del genitore o chi ne fa le veci

.....

## Numeri di telefono utili:

famiglia: .....

pediatra di libera scelta: (dott. ....)

medico di medicina generale: (dott. ....)