



**ISTITUTO COMPRENSIVO “FRANCA ONGARO” LIDO PELLESTRINA**

Via S.Gallo,34 – 30126 LIDO DI VENEZIA  
Tel. 041 5260994 – Fax 041 5269506  
CODICE SCUOLA VEIC840006- C.F. 94071390275  
E-mail : [veic840006@istruzione.it](mailto:veic840006@istruzione.it)

**ALLEGATO A** al Decreto n. 6 del 27.03.2019 Regione Veneto

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI NON  
SALVAVITA**

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell’alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL’I.C. “FRANCA ONGARO” LIDO PELLESTRINA

I sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori/ Responsabili genitoriali dello studente:

\_\_\_\_\_

affetto dalla seguente patologia \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
di codesto istituto,

**COSTATATANE L’ASSOLUTA NECESSITA’, CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE  
AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE  
IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITA’ PRESCRITTE  
NELL’ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA,**

Rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_

**COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI È  
ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA  
FIN D’ORA L’INTERVENTO.**

**I SOTTOSCRITTI** genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n 196 Codice in materia di protezione dei dati personali recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 3016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con direttiva 95/46/CE

SI \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

Firma dei genitori/Responsabili genitoriali

PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Recapiti telefonici utili

MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE cell \_\_\_\_\_ casa/lavoro \_\_\_\_\_

PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE cell \_\_\_\_\_ casa/lavoro \_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/M MG

Specialista \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ Ambulatorio