

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO TREVISO 2 "A. SERENA"**

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN ORARIO SCOLASTICO**

(da compilare a cura dei genitori/o di chi esercita la patria potestà dell'alunno e consegnare al Dirigente Scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

e Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante per l'anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_ la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ nel  
plesso \_\_\_\_\_

**COMUNICANO**

che l'alunno/a è affetto/a dalla seguente patologia:

\_\_\_\_\_

Constatatane l'assoluta necessità, chiedono di provvedere e contestualmente autorizzano codesta istituzione scolastica alla somministrazione allo studente in ambito ed orario scolastico dei farmaci indicati secondo le modalità prescritte nell'allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal/la dott./ssa \_\_\_\_\_

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.

Treviso,

**Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*In caso di istanza presentata da un solo genitore, sottoscrivere anche la dichiarazione seguente:*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  madre /  padre  
dall'alunno/a \_\_\_\_\_ ai sensi e per gli effetti dell'art. 47  
del DPR 28/12/2000, n. 445, sotto la mia responsabilità, consapevole delle sanzioni penali  
richiamate dall'art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro che

\_\_\_\_\_  padre /  madre del predetto e a conoscenza  
e d'accordo circa il trasferimento dell'alunno, come da richiesta sottoscritta.

Firma \_\_\_\_\_