



ISTITUTO STATALE ISTRUZIONE SECONDARIA
"ALBERTO PAROLINI"

Via San Bortolo, 19 - 36061 BASSANO del GRAPPA – VI
Tel. 0424.1633133/522196/220656 – Fax. 0424.525346
PEC: viis014005@pec.istruzione.it; - PEO: viis014005@istruzione.it
Sito WEB: https://www.istitutoagrarioparolini.edu.it
Codice Meccanografico: VIIS014005 - Codice Fiscale: 80009290240



PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti.....e
Genitori dello studente/ssa.....nato/a a
il....., residente a
via....., n. cell.....
frequentante la classe.....sez.....affetto da.....
.....

consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci ai frequentanti, informati sulle procedure attivate da Codesta Istituzione e della disponibilità espressa da alcuni operatori per la somministrazione di farmaci in orario di funzionamento, secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDONO (barrare la scelta)

- di accedere o che i sigg. possano accedere alla sede dell'Istituto alle ore per somministrare a nostro/a figlio/a il farmaco (scrivere nome commerciale)
- che a nostro/a figlio/a sia somministrato in orario di funzionamento dell'attività scolastica il farmaco, come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale)che consegneremo all'Istituzione in confezione integra e non scaduta
- che nostro/a figlio/a possa auto-somministrarsi in orario di funzionamento il farmaco seguente (come da certificazione medica allegata)





ISTITUTO STATALE ISTRUZIONE SECONDARIA
"ALBERTO PAROLINI"

Via San Bortolo, 19 - 36061 BASSANO del GRAPPA – VI
Tel. 0424.1633133/522196/220656 – Fax. 0424.525346
PEC: viis014005@pec.istruzione.it; - PEO: viis014005@istruzione.it
Sito WEB: <https://www.istitutoagrarioparolini.edu.it>
Codice Meccanografico: VIIS014005 - Codice Fiscale: 80009290240



Ministero dell'Istruzione
dell'Università e Ricerca

o che in caso di necessità (descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco).....

.....
possa essere somministrato a nostro/a figlio/a il seguente farmaco :

.....
(come da certificazione medica allegata)

A tal fine acconsentiamo al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 e regolamento UE 2016/679.

In fede

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

.....
.....

Data

