



# LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. MARCONI"

Via della Costituente, 4/a – 43125 PARMA  
Tel. +39 0521.282043  
C.F: 80009230345 CUPA: UFNCYE



Email: [marconi@liceomarconipr.edu.it](mailto:marconi@liceomarconipr.edu.it)  
[prps030009@istruzione.it](mailto:prps030009@istruzione.it)

PEC: [prps030009@pec.istruzione.it](mailto:prps030009@pec.istruzione.it)

[www.liceomarconipr.edu.it](http://www.liceomarconipr.edu.it)

## Allegato A

### **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti ..... genitori di  
..... nato a ..... il ..... residente a ..... in  
via ..... frequentante la classe ..... della Scuola  
..... sita a ..... in Via  
.....

Essendo il minore affetto da ..... e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione  
in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal dott.  
.....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale  
derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di  
salute delle persone)

Luogo e Data ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà  
.....  
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori ..... .....