

2<sup>o</sup>



# ISTITUTO COMPRENSIVO "O.M. CORBINO"

CON SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO A INDIRIZZO MUSICALE

Via Epicarmo Corbino 50 - 96011 AUGUSTA (SR) - Tel 0931 997800

PEO: [src81400b@istruzione.it](mailto:src81400b@istruzione.it) PEC: [src81400b@pec.istruzione.it](mailto:src81400b@pec.istruzione.it)

Codice fiscale: 81002120897 Codice univoco: UFAR3X

[omcorbinoaugusta.edu.it](http://omcorbinoaugusta.edu.it)

## ALLEGATO 1

### RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI DURANTE IL VIAGGIO D'ISTRUZIONE

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti

Cognome ..... Nome .....

Cognome ..... Nome .....

Residenti \* in .....

Via/Piazza .....

\* (indicare entrambe le residenze se diverse)

genitore/i - tutore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_

Telefono cellulare \_\_\_\_\_

Telefono di \_\_\_\_\_

vista la specifica patologia dell'alunno \_\_\_\_\_

#### INFORMA/INFORMANO il Dirigente Scolastico

circa la completa autonomia del minore nella gestione del problema di salute, così come specificato nella certificazione medica allegata.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Data \_\_\_\_\_

Firma degli esercenti la patria potestà

.....

.....