



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

LICEO SCIENTIFICO E LINGUISTICO "INNOCENZO XII" - 00042 ANZIO(RM)

Sede Istituzionale: Via Pegaso 6 -- Dirigenza e Direzione: Via Ardeatina 87 - tel. 06/12.112.5108 -- Succursale: Via Nerone
 C.F.:82005080583 - C.M.: RMPS160002-Cod.Univ.Uff.: UF81VG - PEIO: rmps160002@istruzione.it - PEIC: rmps160002@pec.istruzione.it

OGGETTO : Richiesta attivazione percorso assistenziale integrato a scuola

I sottoscritti:

Sig.ra.....nata a.....il.....

e Sig..... nato a.....il....., residenti

a.....

genitori dell'alunno/a nato il.....a..... frequentante per l'anno
 scolastico in corso la scuola..... classe....., sez....., sita in Anzio ,

via....., chiedono alle SS.LL. di attivare il percorso assistenziale integrato per il loro
 figlio/a presso la struttura scolastica.

In particolare, vista la patologia dello studente sopraindicato e constatata l'assoluta necessità ,richiedono,
 autorizzando il Capo d'Istituto o Suo delegato, sollevandoli da responsabilità civili e penali in relazione ad eventi
 avversi, alla Somministrazione del farmaco in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella
 prescrizione / certificazione medica allegata.

- Primo soccorso in caso di necessità

A tal fine rilasciano i recapiti telefonici utili per qualsivoglia comunicazione :

madre....., padre.....

Si allega Piano Terapeutico della struttura specialistica

Informati sui diritti e sui limiti di cui al d.l. 30.06.03 n. 196 'Codice in materia di protezione dei dati personali',
 esprimono il proprio consenso al trattamento dei propri dati sensibili e di quelli del minore di cui sono legali
 rappresentanti, ai fini di diagnosi, cura, prevenzione e prestazioni connesse o per ricerche scientifiche.

Anzio,.....

In fede

I genitori o l'esercente la potestà genitoriale

N.B. Tutti i dati richiesti sono obbligatori