



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**  
**"Giovanni ARPINO"**

Scuola dell'Infanzia - Primaria - Secondaria di I° grado  
Sede: Via Giansana, 37 12048 - SOMMARIVA DEL BOSCO (CN)

Tel 0172 54136 – 54137

Ambito Territoriale n.19 CN3

e-mail: cnic817008@istruzione.it e-mail certificata: cnic817008@pec.istruzione.it

C.F.: 91020950043

URL: <http://www.istitutogiovanniarpino.edu.it>

Codice univoco per fatturazione: UF526B Codice iPA istsc\_cnic817008

**Allegato 1**

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "G. Arpino"  
Dott.ssa Anna GIORDANA  
**SOMMARIVA DEL BOSCO**

Il/i sottoscritto/i .....

genitore/i       affidatario/i- tutore/i

dell'alunno/a .....

frequentante la classe..... sez.....       infanzia       primaria       second.1°grado

del plesso di .....

nell'anno scolastico.....

Telefono fisso.....

Telefono cellulare madre .....

Telefono cellulare padre .....

vista la specifica patologia dell'alunno: .....

.....

**RICHIEDE/ONO**

La somministrazione AUTONOMA di farmaci in orario scolastico

L'intervento specifico del Sig./Sig.ra .....

madre dell'alunno       padre dell'alunno       altra persona delegata (allegare delega)  
in caso di necessità

La somministrazione da parte del Personale scolastico

Barrare la/e voce/i che interessa/no

**SI PRECISA CHE IN CASO DI NECESSITA' E/O URGENZA LA SCUOLA CHIEDERA' L'INTERVENTO DEL 112**

Allega:

•certificazione medica attestante la terapia farmacologia in atto e/o l'intervento specifico necessario

Data \_\_\_\_\_

FIRMA del/i genitore/i/tutore

\_\_\_\_\_