



# ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "VERONA - TRENTO"

I.T.T. "VERONA TRENTO" - I.PIA. "MAJORANA"

**MEIS027008 IST. D'ISTRUZ. SUPERIORE IITI "VERONA TRENTO" MESSINA**

Via U. Bassi ls. 148 - Tel. 090.29.34.854 - 090.29.34.070 - Fax 090.69.62.38 MEIS027008@ISTRUZIONE.IT

98123 **MESSINA**



I.I.S. "VERONA TRENTO"  
MESSINA  
Prot. 0002933 del 22/02/2024  
IV (Uscita)

Agli Alunni delle classi 4A, 4C, 4M, 4K, 3I  
Al Personale Docente  
Presso le proprie SEDI

**Circolare n. 338**

**Oggetto: PCTO Grimaldi documentazione per partenza 24-02-2024**

Il rappresentante degli alunni di ogni classe in indirizzo dovrà raccogliere la seguente documentazione relativa ai ragazzi partecipanti al PCTO Grimaldi del 24-02-2024 e consegnarla al prof. Sterrantino per il plesso di Via Ugo Bassi il 23/02 alle ore 10:30, alla prof.ssa Meli per il plesso del Viale Giostra:

- Attestazione sulla eventuale autosomministrazione di farmaci firmata da entrambi i genitori (allegata)
- Patto formativo
- Cauzione di 10 €

Si ricorda che per poter partire è necessario un documento di identità in corso di validità.

Si consiglia inoltre caldamente di munirsi di travelgum, xamamina o similari ausili contro il mal di mare.

Il Dirigente Scolastico  
Simonetta Di Prima

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3 co. 2 del D. Lgs. n. 39/1993

Al Dirigente Scolastico  
Dell'IIS "Verona Trento" di  
Messina

## **RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti ..... genitori  
di ..... nato a  
..... il ..... residente a..... in via  
.....frequentante la classe ..... dell' IIS "Verona Trento" sita a Messina in  
Via.....

Essendo il minore affetto da ..... e constatata  
l'assoluta necessità, chiedono la possibilità:

che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in  
data .....dal dott. ....

che il minore si auto-somministri il farmaco (scrivere nome commerciale)  
.....

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario sollevano 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)

SI  NO

Data.....

Firma dei genitori o di coloro che esercitano la responsabilità genitoriale

.....  
La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

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

Genitori.....