

ALLEGATO N. 1

Richiesta alla Scuola per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico
(in caso di bambino/a - alunno/a minorenne)

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo Castiglione-Camugnano-San Benedetto
Via Fiera n. 96
40035 Castiglione dei Pepoli (BO)

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)..... in qualità di genitore/tutore
dello/a bambino/a – alunno/a (Cognome e Nome)..... Nato/a a
.....il..... residente ain
Via..... che frequenta la sezione/classe della scuola
..... in Via
Cap Comune.....Prov.

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni

CHIEDO (barrare la scelta)

Che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco in orario scolastico come da certificazione medica allegata. A tal fine consegno n..... di confezioni integre del farmaco stesso.

oppure:

che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci come da certificazione medica allegata

.....
.....
nei seguenti giorni ed orari:

In fede

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....
.....
Data