

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

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 a .....in  
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 .....