

Richiesta alla Scuola per la somministrazione di farmaci / specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Adele D'Angelo  
Via Pirandello, 12  
40026 Imola-BO

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_ cognome e nome,

genitore/i tutore dello/a studente (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

Della Scuola \_\_\_\_\_

Sita in via \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ 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 sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata \_\_\_\_\_

nei seguenti giorni ed orari: \_\_\_\_\_

oppure:

che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata.

A tal fine consegno n. \_\_\_\_\_ di confezioni integre del farmaco stesso.

In fede

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nel caso in cui la domanda sia formulata da uno solo dei genitori

" Ai sensi e per gli effetti dell'art. del DPR 28/12/2000, n.445, sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro che

Madre/padre dell'alunno/a \_\_\_\_\_

è a conoscenza e d'accordo circa le scelte esplicitate attraverso la presente domanda.

Firma del genitore

\_\_\_\_\_