

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

A) 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/specifche 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 dell'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 esplicate attraverso la presente domanda.

Firma del genitore