BOIC86500D - AE028B7 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0003943 - 10/08/2023 - IV.8 - U

Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO DI CASTEL SAN PIETRO TERME

Via XVII Aprile n.1 40024 CASTEL SAN PIETRO TERME (Bologna)

TEL. 051 941127 C.M. BOIC86500D

Codice Fiscale: 82003690375 - Cod. Univoco Fatturazione: UF9E9F

e-mail: boic86500d@istruzione.it pec: boic86500d@pec.istruzione.it sito web: www.iccspt.edu.it

SCUOLA INFANZIA "G. Grandi" - SCUOLA PRIMARIA "G.Serotti" - SCUOLA SECONDARIA "F.lli Pizzigotti"

Protocollo farmaci metropolitano 2019 - ALLEGATO N. 1

Al Dirigente scolastico
dell'Istituto Comprensivo di C. S. P. T.
Viale XVII Aprile n.1
Castel San Pietro Terme

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 nell'a.s. ..... frequenta la sezione/classe ..... della Scuola

☐ dell'Infanzia "G.Grandi
☐ Primaria "G. Serotti"
☐ Secondaria "F.lli Pizzigotti"

consapevole che il personale educativo / 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 / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali 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/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali **come da certificazione medica allegata**

.....
.....

nei seguenti giorni ed orari:

.....

In fede
Firma del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale
.....

Data .....