



Tec. "Paolini" - Prof. "Cassiano da Imola"

Sede Centrale: Via Guicciardini, 2 - 40026 IMOLA (BO) Tel. 0542 658711 Fax 0542 27357

Sede Cassiano da Imola: Via Ariosto 1/C Tel. 0542 25751/613559

Cod. Fiscale: 90032210370 Codice Meccanografico: BOIS012005 CUF: UFZNX9

**RICHIESTA ALLA SCUOLA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI/SPECIFICHE
ATTIVITA' A SUPPORTO DI ALCUNE FUNZIONI VITALI IN ORARIO E AMBITO SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome nome)

in qualità di genitore/tutore dello/a studente (Cognome Nome).....

nato/a ail.....

residente ain

che frequenta la classe..... Sezione..... dell'Istituto.....

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 a mio a figlio/a sia somministrato il farmaco/effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali (FARMACO SALVAVITA) in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata
e/oppure:
- Che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone.....
.....

Per la somministrazione del/i farmaco/i / specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali (FARMACO INDISPENSABILE) come da autorizzazione medica allegata nei seguenti giorni ed orari.....

A tal fine consegno n°..... confezioni integre del/i farmaco/i come da verbale/i allegato/i.

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, che l'altro genitor3 ne è a conoscenza ed è d'accordo.

Data.....

Firma del genitore o di chi ne fa le veci