

Modulo 3: delegati dai genitori per la somministrazione farmaci salvavita

Noi sottoscritti – lo sottoscritto/a _____

Genitori/genitore/tutore/amministratore di sostegno dello studente _____

Nato a _____ il ___/___/_____ CF _____

Frequentante la classe _____ della scuola _____

Sita a _____ in via _____

Essendo lo studente affetto da _____

CHIEDONO/CHIEDO CHE

- Che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa _____ ed allegato alla presente:

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione farmaci

Luogo e data _____

Firma dei genitori o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale

Oppure

Il/la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci le dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DpR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma del genitore _____