

Al Dirigente Scolastico IC A. Frank
Via Toscana, 10 - 20900 MONZA

Oggetto: Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico

I sottoscritti

(Madre): Cognome Nome

(Padre): Cognome Nome

☐ Genitore/i ☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale di

Cognome Nome nato/a il

a (.....) frequentante la classe presso la scuola

di via n., Comune di Monza (MB), anno scolastico/.....

CHIEDONO

che sia somministrato al/la minore sopra indicato/a il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

SI IMPEGNANO

a consegnare il farmaco alla scuola, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico.

AUTORIZZANO

☐ il personale educativo e di supporto della struttura ospitante il/la minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando**, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.

☐ il/La minore stesso/a alla auto-somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nel Mod. 01.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante (Cognome e nome in stampatello)

Tel. cell.

Genitori:

Madre (Cognome e nome in stampatello)

Tel. Casa Tel. Lavoro cell.

Padre (Cognome e nome in stampatello)

Tel. Casa Tel. Lavoro cell.

Data, **Firma** (madre e padre) -