

Allegato n.1

Richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico/educativo da parte di esercente la potestà genitoriale

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative/Direttore Ente di Formazione

Scuola/Istituto Comprensivo/Servizio/Ente

Via.....

Cap. Località..... Prov.

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....

In qualità di genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).....

nato a il.....

residente a in Via.....

Cap Località Prov.

che frequenta la classe sez

della scuola

sita in Via a

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione scolastica/Educativa e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici/ per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO

(barrare la scelta)

- di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a
- di autorizzare l'accesso alla sede scolastica al Sig.....

da me delegato con documento allegato per somministrare il farmaco a mio figlio/a

oppure:

- che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica

allegata (scrivere nome commerciale).....

Consegno n confezioni integre.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

In fede

Data

Firma del genitore o chi ne fa le veci

.....

Numeri di telefono utili:

famigliari / tutore

pediatra di libera scelta

medico di medicina generale specialista Altro