

Richiesta alla Scuola per la somministrazione di farmaci /specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito scolastico (in caso di alunno/a minorenne)

Al Dirigente Scolastico

Via.....
Località.....Provincia.....

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

Nato/a ail.....

residente ain Via.....

che frequenta la classe sez

della scuola

sita in Via Cap

LocalitàProv.

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 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 autorizzazione medica allegata

.....
.....

nei seguenti giorni ed orari:

.....
oppure:

che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata.
A tal fine consegno n..... di confezioni integre del farmaco stesso.

In fede

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

.....

Data