

Oggetto: **Somministrazione farmaci in orario scolastico**

Il/La sottoscritto/a _____,
genitore/tutore dell'alunno/a _____,
iscritto e frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola statale
_____.

DICHIARA

che il/la figlio/a deve assumere il/i farmaco/i, come da certificazione medica allegata,
durante lo svolgimento delle lezioni scolastiche nel seguente orario:

- alle ore _____
- prima dell'ora di lezione di _____
- durante l'ora di lezione _____
- al termine dell'ora di lezione _____
- Altro: _____

a tal fine il/la sottoscritto/a genitore/tutore

CHIEDE

il supporto del personale della scuola: SI NO

in caso di richiesta di supporto del personale scolastico precisa che l'alunno/a necessita di
supporto):

- durante la somministrazione del farmaco SI NO
- nella vigilanza durante la somministrazione del farmaco SI NO

a tal fine si allegano le istruzioni per la somministrazione del farmaco predisposte dal medico.

In caso di necessità e urgenza comunico il/i seguente/i recapito/i telefonico/i a cui rivolgersi:

_____ risponde il sig./ra _____

_____ risponde il sig./ra _____

Nel caso la presente richiesta non preveda la necessità del supporto da parte del personale
scolastico la famiglia richiede l'autorizzazione affinché l'alunno/a possa portare il farmaco a
scuola e autosomministrarselo in caso di necessità.

Reggio Calabria, ____/____/____

Firma leggibile (*) _____

* Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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.