Al **DIRIGENTE SCOLASTICO** del

*Istituto Comprensivo Statale*

Via 2 Giugno, 43

31048 San Biagio di Callalta

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.

San Biagio, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

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.