

**AL DIRIGENTE
DELL'IC VILLA SAN MARTINO PESARO**

OGGETTO: RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

I sottoscritti

Cognome Nome

Cognome Nome

Residenti * in

Via/Piazza Telefono

** (indicare entrambe le residenze se diverse)*

genitori dell'alunno

preso atto dell'assoluta necessità

CHIEDONO

la somministrazione in ambito e orario scolastico dei farmaci indicati dal medico e secondo le modalità di somministrazione indicate dallo stesso.

Dichiarano altresì di consegnare la confezione del farmaco integra e a norma e di ritirarla al termine dell'anno scolastico anche se non utilizzata.

La richiesta di somministrazione del farmaco va rinnovata ogni anno scolastico.

Si allega la documentazione medica attestante la patologia.

Data

Firma genitori _____

Nel caso uno dei due non sia nelle condizioni di poter sottoscrivere la dichiarazione in oggetto è possibile accoglierla solo con una firma previa sottoscrizione anche della seguente dichiarazione:

“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 sottoscritto la presente scelta/richesta 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”.

Firma genitore _____