 

**ISTITUTO COMPRENSIVO DI LANGHIRANO**

Scuola dell’Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

E-mail : HYPERLINK "mailto:pric83800a@istruzione.it" pric83800a@istruzione.it P.E.C. : HYPERLINK "mailto:pric83800a@pec.istruzione.it" pric83800a@pec.istruzione.it

CF 92150040340---CU UFBHEO

Via 25 aprile, n° 3, - 43013 Langhirano - PR - Tel 0521 861195

**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)…………………………………………………......................

In fede

Data …………….. Firma dei genitori/ tutori ………………………………………

Numeri di telefono utili:

famigliari / tutore ……………

pediatra di libera scelta ………….

medico di medicina generale ……………..

specialista …………. Altro …………