

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo di Roccadaspide

MODULO SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA DA PARTE DEI GENITORI

I sottoscritti..... e

genitori dell'alunno/a.....

iscritto/a alla scuola

Infanzia sez.....

Primaria..... classe..... sez.....

Secondaria I grado classe..... sez.....

DICHIARANO

che il proprio figlio/a..... è affetto da
.....

CHIEDONO

di usufruire del servizio di somministrazione (specificare il nome del farmaco)_____ con la possibilità di accedere:

quotidianamente

dal_____ al_____

alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco da parte di uno dei due genitori.

ESONERANO

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allegano a tal fine il certificato medico che:

1. attesta le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente;

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03 e Regolamento UE 679/2016 all'interno dell'Istituzione scolastica.

Data

Firme congiunte dei genitori
esercenti la potestà
genitoriale/affidatari/tutori

(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà/affidatario/tutore)

Si ricorda che è necessario la firma di entrambi genitori anche se separati; laddove uno dei genitori sia irreperibile si prega di sottoscrivere la 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 effettuato la scelta/richiesta in osservazione 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 _____

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. _____ Tel. Cellulare _____

Genitori: Telefono fisso _____ Tel. cell. _____ Tel.cell. _____