

Mod. 02

(richiesta di somministrazione di farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o da chi esercita la potestà genitoriale)

(da restituire in Segreteria debitamente compilato e firmato dai genitori dell'alunno)

Al Dirigente Scolastico dell'I.C.
"VIA IV NOVEMBRE"
di PARABIAGO (MI)

Il/I sottoscritto/i

Padre: cognome _____ nome _____

Madre: cognome _____ nome _____

Genitori

Soggetto che esercita la potestà genitoriale dell'alunno

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ (prov. _____)

frequentante la Classe/Sezione _____ nell'anno scolastico _____ / _____ presso la Scuola

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

SI IMPEGNA

a consegnare il farmaco alla Scuola, a garantire il controllo della scadenza;

AUTORIZZA

Il personale educativo e di supporto della struttura ospitante il minore alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nel **Mod. 01, sollevando**, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto;

Il minore stesso alla autosomministrazione del/dei farmaco/i come indicato nel **Mod. 01.**

Si allega la certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante (Mod. 01).

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

Data, _____

Firma/e _____