

Richiesta alla Scuola per la somministrazione di farmaci/ specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito scolastico (in caso di alunno/a minorenne)

Alla Coordinatrice delle Attività Didattiche ed Educative
Dell'Istituto San Giuseppe
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado Paritaria "San Giuseppe"
Via A. Murri, 74 Bologna 40137 Bologna (BO)

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)
In qualità di genitore/tutore dell'alunno/a (Cognome Nome)
Nato/a ail.....
Residente a..... in via
Cap Comune Prov.
Che frequenta la classe della scuola Secondaria di Primo Grado Paritaria San Giuseppe sita in via
A. Murri, 74 Bologna

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni

CHIEDO (barrare la scelta)

- ☐ Che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da certificazione medica allegata.
A tal fine consegno n..... di confezioni integre del farmaco stesso.

oppure:

- ☐ che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da certificazione medica allegata

.....
.....

nei seguenti giorni ed orari:

.....

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs n. 196/03 e successive modificazioni.

In fede

Firma del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

Data