



Scuola Primaria e dell'Infanzia Paritaria
"Suore Francescane Alcantarine"
Via Materdomini, 20 - 84086 **Roccapiemonte** (SA)
Tel/fax 081/934884
scularoccapiemonte@alcantarine.org
C.M. SA1E10400N (Primaria) SA1A07400B (Infanzia)

**RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN ORARIO ED IN AMBITO SCOLASTICO**

Anno scolastico _____ / _____

Al Dirigente Scolastico
della **Scuola Primaria e dell'Infanzia Paritaria**
"Suore Francescane Alcantarine"

Io sottoscritto/a _____

genitore/ tutore dell' alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____

della Scuola dell' Infanzia Primaria

consapevole che il personale scolastico non ha competenze ne funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica 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

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale) _____

che, in situazioni di necessità ed urgenza, a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco e che si intervenga secondo quanto previsto dal certificato allegato.

Consegno n. _____ confezioni integre.

In fede

Data _____

Firma _____

N.B. Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.