Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo “E.Mattei”

62024 MATELICA (MC)

**OGGETTO: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA.**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_ genitore di ……………………………………………………….. iscritto/a codesto Istituto nella classe ……….sezione……........ Scuola Infanzia / Primaria / Secondaria di I° Grado …………………………………………………………..di...............................................................

**DICHIARA**

Che il proprio figlio/a è affetto da

……………………………………………………………………………………………………………...

**CHIEDE**

Venga somministrato allo/a stesso/a il farmaco/i come prescritto in certificazione medica allegata rilasciata

dal Dr ……………………………………………………………….. in data………………………

Allegati:

1. certificato medico attestante le condizioni di salute dell’alunno/a;
2. prescrizione del farmaco/i

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Luogo e Data Gli esercenti la responsabilità genitoriale\*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*In caso di firma di un solo genitore ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/2000 e si dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316-377 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori. civile