Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. NICOLINI"
DI CAPRANICA con plessi di VEJANO
Via Madre Teresa di Calcutta, snc tel. :0761 669085
vtic82500a@istruzione.it - vtic82500a@pec.istruzione.it
CM: VTIC82500A - CF: 80018870560 – Codice Univoco Ufficio UF9ZQ3
sito:www.icnicolinicapranica.edu.it

Al Dirigente Scolastico
Dott.ssa Iaquinta Maria Luisa

Oggetto: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI E IN ORARIO SCOLASTICO

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) …….,

☐ Genitore dello studente/essa ....., (oppure)

☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ....., nato/a

a…… il …../……/…… e residente a …… in Via……..

……, che frequenta la classe ……. sez …….. dell'Istituto……..

…… sito in Via …… Cap ……

Località …… Provincia ……,

- **CONSAPEVOLE** del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie e che può legittimamente non acconsentire alla somministrazione di farmaci;
- **VISTA** la specifica patologia dell'alunno: _____

CHIEDE
(barrare la scelta)

☐ che sia consentito l'accesso a scuola al sottoscritto o alle seguenti persone indicate:

per la somministrazione dei farmaci/svolgimento di specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata, nei seguenti giorni ed orari:

_____

(oppure)

☐ che allo studente sia somministrato, da personale della scuola appositamente individuato il farmaco e/o effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata.

A tal fine il sottoscritto consegna n. ____ di confezioni integre del farmaco necessario_____ _____ avente scadenza _____

In fede

_____

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Dott.ssa Maria Luisa Iaquinta

(*) firma autografa omessa ai sensi dell'art.3 comma 2 del d.lgs. 39/1993