

Allegato n. 1

Modello di richiesta alla Scuola/Servizio educativo/Ente di formazione professionale per la somministrazione di farmaci / specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito scolastico (in caso di alunno/a minorenne)

Al Dirigente Scolastico della Scuola

.....
Via
Località Provincia

Il sottoscritto/a.....
(Cognome Nome)

in qualità di genitore/tutore dello/a studente
(Cognome Nome)

nato/a a il

residente a in via

che frequenta la classe sez della Scuola

sita in viacap

Località Prov.

consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, sollevando lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento,

CHIEDO
(barrare la scelta)

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 autorizzazione medica allegata

.....
.....

nei seguenti giorni ed orari :

.....

oppure

che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata.

A tal fine consegno n. di confezioni integre del farmaco stesso.

In fede

Data

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

.....