Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Udine VI
UDINE

Il/La sottoscritto/a ……..

genitore/tutore dell'alunno/a ……..

frequentante attualmente la classe …… sezione …….. del plesso ……..

dipendente da questo Istituto

CHIEDE

☐ che il farmaco salvavita _____ di cui ha bisogno il minore, secondo la certificazione allegata, possa essere somministrato dal personale scolastico.

Il sottoscritto solleva la Scuola e il personale scolastico che si OFFRISSE VOLONTARIO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA sopra menzionato, da qualsiasi responsabilità legata all'assunzione del farmaco stesso.

CHIEDE

☐ che il farmaco salvavita _____ di cui ha bisogno il minore, secondo la certificazione allegata, possa essere autosomministrato dall'alunno/a stesso solo nel caso in cui sia a conoscenza delle dosi e della modalità di somministrazione.

Udine _____ firma _____

firma _____

"***Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori***".

Firma di un solo genitore _____

☐ VISTO IL DIRIGENTE SCOLASTICO ……