

# Comprensivo di Porretta Terme

# Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria I° grado

*via Marconi, 61 Porretta Terme ALTO RENO TERME 40046 (BO)*

*tel. 0534/22448 – fax 0534/24414 - e-mail:BOIC832006@istruzione.it*

Al Dirigente Scolastico dell’I.C. di Porretta Terme

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

in qualità di genitore/tutore dello/a bambino/a – alunno/a (Cognome e Nome).…………………………………..

Nato/a a ………………………………il…………………………………………

residente a …………………………………………………in Via………………………………………………………..

che frequenta la sezione/classe ………………………….della scuola……………………………………………………

consapevole che il personale educativo / scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni

CHIEDO (barrare la scelta)

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

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

oppure:

* 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 certificazione medica allegata

………………………………………………………………………………………………………………………………

nei seguenti giorni ed orari: …............................................................................................................................................

In fede

Firma del genitore o di chi esercita la responsabilità

genitoriale

………………………………………………………………

Data ,……..