



ISTITUTO COMPRENSIVO "DON P. BORGHI"

via B. Pascal, 81 42123 Rivalta - Reggio Emilia

Tel.0522.585751 Fax 0522.565753 C.F.91088320352

reic81400x@istruzione.it Pec: reic81400x@pec.istruzione.it – Codice Univoco Ufficio UF85JZ

**RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
A MINORE AFFETTO DA PATOLOGIA CRONICA
IN CONTESTO EXTRA FAMILIARE, EDUCATIVO O SCOLASTICO**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.C. Don Borghi – Rivalta (RE)
Prof.ssa Beatrice Menozzi

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)
Genitore/ tutore dello studente (Cognome e Nome)
Nato a il
Residente a in via
Che frequenta la classe sez.
Della scuola
Sita in via
.....Cap.....
Localitàprov.....

Consapevole che il personale scolastico non ha competenze ne funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione dei farmaci agli alunni / ospiti, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istruzione della disponibilità espressa da alcuni operatori per la somministrazione di farmaci in orario scolastico/ di presenza in struttura secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO
(barrare la scelta)

- di accedere alla sede scolastica/ struttura per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a,
Oppure
- Che a mio/a figlio/a il farmaco in caso di necessità venga somministrato in orario scolastico da personale della scuola autorizzato
come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale)

.....
Oppure

- che il farmaco sia autosomministrato come da certificazione medica allegata

.....
Consegno n. confezioni integre

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

In fede

Firma del genitore o esercente potestà genitoriale

.....