



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO LOIANO – MONGHIDORO

Via Michele dei Ramazzotti n. 24 – 40063 Monghidoro (BO)
 Tel. 051.6555547 Codice Ministeriale BOIC88400V
 Codice Fiscale 91378920374 Codice UNIVOCO UFM9PS
 e-mail: BOIC88400V@istruzione.it pec: BOIC88400V@pec.istruzione.it



Al Dirigente Scolastico
 Dell'I.C. Loiano Monghidoro

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte dei genitori o di loro delegati) in orario scolastico.

I sottoscritti.....in qualità di

- Genitori
 - Soggetti che esercitano la potestà genitoriale
- di
 (Cognome)(Nome).....
 nato il.....e frequentante nell'anno scolastico/.....

la Scuola : dell'Infanzia Primaria Secondaria
 Classe Sezione..... plesso.....

CHIEDONO

- l'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.
- che il sig., in quanto delegato dai sottoscritti, di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, sia autorizzato ad effettuare la somministrazione di cui sopra.
- che a nostro figlio sia somministrato dal personale della scuola il farmaco in orario scolastico, come da autorizzazione medica allegata (consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni).

A tal fine si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia.

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. lgs 196/03 (i dati sensibili idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

In fede.

Data,

Firma Firma



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA
 Fondo europeo di sviluppo regionale