RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACO DA BANCO o INTEGRATORE IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo Matteo Maria Boiardo

Io sottoscritto/a _____

genitore/esercente la potestà genitoriale sull'alunna/o _____

nata/o a _____ il ___/___/_____ e residente a _____

_____ in via/p.za_____,
che frequenta la sezione/classe _____

- ☐ Scuola dell'Infanzia I Gelsi
- ☐ Scuola Primaria San Francesco
- ☐ Scuola Primaria Bassi
- ☐ Scuola Secondaria Boiardo

consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale che

- ☐ a mio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico il farmaco da banco/l'integratore _____ indicato nella Certificazione medica allegata, rilasciata da _____, per il periodo dal ___/___/_____ al ___/___/_____ con questa posologia _____
- ☐ che mio/a figlio/a possa autosomministrarsi in orario scolastico il farmaco da banco/l'integratore _____, per il periodo dal ___/___/_____ al ___/___/_____ con questa posologia _____

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679.

Io sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede

Luogo Data _____ __/__ /____

Firma _____

→ Allego il documento di identità del richiedente