

I l/La sottoscritt ____ / ____

◇ genitore ◇ affidatario ◇ tutore ◇ educatore
dell'alunn_ / _

che nell' anno scolastico ____ / ____ ☐ frequenta ☐ frequenterà

la classe ____ sezione ____ della scuola

◇ **infanzia** ◇ **primaria** ◇ **sec. primo grado**

plesso infanzia ☐ "G. Rodari" ☐ Ponte San Lorenzo ☐ Montoro ☐ Taizzano
☐ Capitone ☐ "La Quercia"

plesso primaria ☐ "S. Pertini" ☐ "P. Levi" ☐ Gualdo ☐ San Liberato**plesso secondaria primo grado** ☐ "L.Valli"

nell'anno scolastico 201__ / 201__

Tel. fisso cell. cell.

e-mail

Medico telef.

preso atto del protocollo esistente tra Dirigenza Scolastica e l'Azienda USL, in materia di
somministrazione di farmaci a scuola adottato in data 09/02/2010 vista la specifica
patologia dell'alunno:

richiede

☐ la somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella
prescrizione/certificazione allegata.

☐ altro
.....

- Allega Prescrizione/certificazione redatta dal
- Consegna farmaco scad. /
- Consegna farmaco scad. /
- Consegna farmaco scad. /

Data / /

Firma leggibile

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.

Data / /

Firma leggibile