



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "Raffaele LEONE"

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado

Viale Pitagora 11 – 74025 Marina di Ginosa (TA)

Tel. 099 8290484 - C.F. 80013420734

PEO taic80500g@istruzione.it – PEC taic80500g@pec.istruzione.it

www.comprensivoleone.edu.it

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "R. Leone"
Marina di Ginosa

ALLEGATO B

OGGETTO: prosecuzione autosomministrazione farmaco

I sottoscritti

NOME: COGNOME: NOME: COGNOME:

Genitori dell'alunno/a _____ nato/a _____

iscritto/a alla classe _____ Sez _____ Plesso _____;

- avendo inoltrato nel decorso dell'A.S. 202..../202.... formale richiesta per l'autosomministrazione dei farmaci in orario scolastico;
- considerato che nel corrente A.S il / la proprio/a figlio/a necessita ancora della somministrazione del farmaco e che la somministrazione - terapia non è mutata,

chiedono

la prosecuzione dell'autosomministrazione del farmaco anche per l' A.S. 202...../202.....
I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, vigili sulla somministrazione del farmaco e sollevano il personale da qualsivoglia responsabilità.

I sottoscritti, provvederanno a comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico ogni variazione nella gestione del farmaco.

Firma Padre

Firma Madre.....

Genitori

***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**

*Nel caso in cui firmi un solo genitore

.....