

Circolare Somministrazione farmaci
Allegato 3
RICHIESTA ACCESSO LOCALI SCOLASTICI – DELEGATI

Al Dirigente Scolastico
I.C. "Mazzarrone-Licodia Eubea"

OGGETTO: Richiesta accesso locali per la somministrazione dei farmaci per richiedenti e per delegati

I sottoscritti e in qualità di

- genitori
- soggetti che esercitano la potestà genitoriale

di (cognome e nome) nato/a a il..... frequentante la classe della

- Scuola dell'Infanzia
- Scuola Primaria
- Scuola Sec I grado

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.

Eventuale Delega - oppure

DELEGANO

Il sig..... di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario (allegato 2).

Luogo e data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

In caso di sottoscrizione da parte di un solo genitore/tutore

Il/La 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.

Firma del richiedente

.....

Numeri di telefono utili:

- Genitore/ tutore cell/abitazione.....
- Genitore/ tutore cell/abitazione.....

- Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)
- cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare

- nome dello specialista e la struttura di riferimento
- tel.....