# **AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

# **I.C. GUALDO CATTANEO**

Il/i sottoscritto/i ………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………...

genitore/i tutore/i dell’alunno/a ………………………………………………………………..

frequentante la classe ………della scuola ………………………………..nell’a. s. …………..

Telefono fisso ……………………………….. Telefono cellulare …………………………….

Telefono di ……………………………………………………….

Telefono fisso ……………………………….. Telefono cellulare …………………………….

Telefono di ……………………………………………………….

Preso atto del protocollo esistente tra Dirigenza Scolastica e l’Azienda USL, in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data ……/………./ …….

Vista la specifica patologia dell’alunno: ……………………………………………..

Richiede/ono la somministrazione di farmaci in orario scolastico a fonte delle situazioni specifiche nella prescrizione / certificazione redatta dal …………………………………

Consegna farmaco specifico …………………………………

Farmaco con scadenza ….…………………………………..

Data…………………………..

Firma di entrambi i genitori

……………………………………..

…………………………………….

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si 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.