**Richiesta alla Scuola per la somministrazione di farmaci o specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito scolastico**

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’I.C. di Borgonuovo**

Via Giovanni XXIII, 11

40037 – Borgonuovo

Sasso Marconi (Bo)

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)..…………………………………………………………… in qualità di

genitore/tutore dello/a studente (Cognome e Nome).………………..…………………..………………

nato/a a ………………………………………………………………………il………………….………………………

residente a ………………………………………………… in Via …………………………..…...…………………

frequentante la classe ………………………………………… sezione …………..…………………………….

della scuola ..………………………………………………………………………………...............................

sita in Via …………………………………………………………………………… Cap ………………..…..........

Località …………………………………………………………….Prov. ………………………………………………

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non

é obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni,

**CHIEDO**

**(barrare la scelta)**

* che sia consentito l’accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci o di specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata, nei seguenti giorni ed orari:

…………………………………………………………………………………………………………………………………

**oppure:**

* che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata, nei seguenti giorni ed orari:

A tal fine consegno n……………………… di confezioni integre del farmaco stesso.

…………………………………………………………………………………………………………………………………

**oppure:**

* che mio/a figlio/a possa effettuare l’auto-somministrazione del farmaco prescritto in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata, nei seguenti giorni ed orari:

…………………………………………………………………………………………………………………………………

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

…………………………………………………………………

Data ……………………………