RICHIESTA ACCESSO per SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C Merliano Tansillo- T. Vitale
Via Seminario, 68
Nola (NA)

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di Genitore 1

Il/La sottoscritto/a _____in qualità di Genitore 2

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di Tutore/Affidatario

Dell'alunno/a _____iscritto/a alla classe _____ sez. _____

- Infanzia
- Primaria
- Secondaria di I grado

CHIEDONO

Di poter accedere nella scuola alle ore ……per effettuare personalmente la somministrazione di farmaco coerentemente alla certificazione medica allegata (*la certificazione medica deve specificare patologia, posologia, via e tempi di somministrazione*. In tal caso il farmaco sarà portato di volta in volta dal genitore stesso al momento della somministrazione.
Si allega certificazione medica.
Numeri di telefono utili:
Pediatra di riferimento o medico certificatore ……
Genitori 1: .....
Genitore 2…….

Firma Genitore 1_____

Firma Genitore 2_____

Firma Tutore/Affidatario _____

Nola, lì_____

In caso in cui firmi un solo genitore
Il sottoscritto _____-consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, 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, modificati dal D Lgsl. n. 154 del 28/12/2013 che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Nola, lì_____
Firma _____

[1] **In caso di genitore con affidamento esclusivo disposto con sentenza giudiziale, deve essere consegnata anche la relativa documentazione.**

[2] **In caso di tutore allegare documentazione relativa alla sentenza del tribunale.**

[3] **In caso di vedovanza di uno dei genitori allegare alla richiesta autocertificazione resa ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 mod. ed int. dall'art.15 della Legge n.3/2003 e dall'art.15 comma 1 della L.183/2011**

[4] **Per fratelli compilare due modelli, uno per ciascun fratello.**

IC MERLIANO TANSILLO – T. VITALE
Sede legale – Via Seminario n. 68 – 80035 – Nola (NA) tel. 0812135702 - 0818231231
Plesso infanzia/primaria- Piazza Risorgimento - 80035 Nola (NA) tel. 0812131556
Ambito 19 – Cod. Mec. NAIC8HC009 – CF: 92073430636
Email: naic8hc009@istruzione.it – pec: naic8hc009@pec.istruzione.it
Web site: http://www.icmerliano-tansillo-vitale.edu.it

Il Dirigente Scolastico

Vista la documentazione depositata **AUTORIZZA** l'ingresso di uno dei genitori per la somministrazione del farmaco da parte del genitore, esonerando la scuola da qualsivoglia responsabilità. **SOTTOLINEA** altresì che, in caso di evento avverso, il personale dovrà chiamare il 118 tempestivamente e senza indugio.

DATA

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Rosaria Guerriero

Firma Genitore 1_____

Firma Genitore 2_____

Firma Tutore/Affidatario _____

Nola, lì_____

In caso in cui firmi un solo genitore
Il sottoscritto _____-consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, 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, modificati dal D Lgsl. n. 154 del 28/12/2013 che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Nola, lì_____
Firma _____

per notifica ai docenti di classe

……..

…….