Allegato 4

Al Dirigente scolastico dell’I.C. Via Regina Elena

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci in orario scolastico (da parte dei genitori o di loro delegati)**

I sottoscritti…………………………………………e………………………….………...………………in qualità di Genitori**/**Soggetti che esercitano la potestà genitoriale dell’alunno………………………..……………………nato a……………………….. il…………………, frequentante nell’anno scolastico…….…/……….la classe…….….sezione..…………………………….

sede di …………….……………………………………………………………………………………….,

**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***

Il Sig……………………………………………………….. di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell’incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra a tal fine **si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l’indicazione del farmaco e della durata della terapia (All.3 al presente protocollo).**

**Numeri di telefono utili:**

**Medico Curante ……………………………………………………………………**

**Genitori\***

**………………………………………………………………………….**

**Altri soggetti istituzionali ………………………………………………………….**

**Civitanova Marche…. ……………..**

**In fede.**

Firma ……………………………………………………………

Firma…………………………………………………………….

\*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, 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 presente 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.