

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Breda di Piave

ALLEGATO A2

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DA PARTE DEL GENITORE DELL'ALUNNO
DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

per patologie croniche o in caso di emergenza

I sottoscritti
genitori di nato/a a..... il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
di

essendo il/la minore affetto/a da
e constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO

di avere accesso all'edificio scolastico e di poter somministrare personalmente, in ambito ed orario
di lezione , la terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in
data dal dott.

Sollevarno il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Se firma un solo genitore

Il sottoscritto consapevole delle conseguenze amministrative e penali per
chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, 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, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”

Firma