DIREZIONE DIDATTICA STATALE DI BUDRIO (BO)
Via Muratori n. 2 - 40054 BUDRIO (BO)
Tel. 051 801135 - 051 6920710 - fax 051 801135
C.F. 80073830376 - C.M. BOEE05600R
E.MAIL: boee05600r@istruzione.it - P.E.C. boee05600r@pec.istruzione.it -
Sito web:www.ddbudrio.edu.it

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI / SPECIFICHE ATTIVITA' A SUPPORTO DI ALCUNE FUNZIONI

Al **Dirigente Scolastico**
della **Direzione Didattica di Budrio**

Io sottoscritto*/a cognome* ..... *nome* ..... in qualità di *genitore/tutore* dello studente *cognome* ..... *nome* .....
nato*/a a* ..... *Prov.* ..... il .....
residente a ..... in via .....
che frequenta la classe ..... sez. ..... della scuola .....
sita in via ..... cap ..... località ..... prov. .....
consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione dei farmaci agli alunni,

chiedo

(barrare la scelta)

☐ che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci / specifiche attivita' a supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata:
.....
.....
nei seguenti giorni ed orari:
.....
.....

oppure:

☐ che a mio figlio*/a* sia somministrato il farmaco/effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico, come da autorizzazione da me allegata.
A tal fine consegno n. ..... di confezioni integre del farmaco stesso.

In fede

Firma della Madre .....

Firma del Padre .....