



M.I.U.R. – U.S.R. EMILIA ROMAGNA – UFFICIO V - BOLOGNA
ISTITUTO COMPRENSIVO di CASTEL MAGGIORE
Via Bondanello n. 28 - 40013 Castel Maggiore (BO)
Tel. 051/6321233 – Fax 051/712810
Cod. Fiscale 91201340378 Cod. Ministeriale BOIC82200G
e-mail: boic82200g@istruzione.it P.E.C.: boic82200g@pec.istruzione.it
sitoWeb: <https://www.iccastelmaggiore.edu.it/>



Allegato A

**Alla Dirigente Scolastica
IC di Castel Maggiore**

Oggetto: Richiesta somministrazione farmaco salvavita

ALUNN _____ **CLASSE/SEZ.** _____

Il sottoscritto _____ C.F. _____

e/o la sottoscritta _____ C.F. _____

genitori/tutori dell'alunno/a sopra indicato nato/a a _____

il _____ C.F. _____

Plesso "LEVI" Plesso "FRANCHINI" Plesso "VILLA SALINA" Plesso "DONINI-PELAGALLI"

Consapevole/i che il personale scolastico non ha né competenze e né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni,

CHIEDE/ONO

che al/la proprio/a figlio/a sia somministrato il farmaco/effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali, da parte di personale non sanitario, in orario scolastico come da Piano terapeutico allegato autorizzato in data _____ dal dott./ssa _____.

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

oppure:

che sia consentito l'accesso a me/noi o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione da Piano terapeutico allegato autorizzato in data _____ dal dott./ssa _____

In fede

Castel Maggiore, _____

Firma del genitore o di chi ne fa le veci