AL DIRIGENTE SCOLASTICO

AL PERSONALE DOCENTE

AI COLLABORATORI SCOLASTICI

I sottoscritti ……………………………………………………………….. e …………………………………………………………………………….

Genitori dell’alunno/a …………………………………………………………… classe …….. sez. ………… a.s. …………………….……

Scuola ………………………………………………………………………………… Istituto Comprensivo ROVIGO1

**DICHIARANO**

che il proprio figlio/a è affetto da:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**CHIEDONO**

in caso di necessità e/o urgenza e che si manifesti la seguente sintomatologia

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

(descrivere brevemente la situazione di necessità e/o urgenza)

Venga somministrato il farmaco …………………………………………………………………………………………………

come prescritto nel certificato medico allegato alla presente

**AUTORIZZANO**

Il personale docente e non docente in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra

**ESONERANO**

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa

**Allega** a tal fine:

* Certificato medico attestante la condizione di salute dell’alunno/a come dichiarato nella presente
* Prescrizione farmaco con indicazione della posologia e modalità di somministrazione
* Dichiarazione del medico sulla possibilità di somministrazione del farmaco da parte di personale privo di competenze specifiche in materia

**Consegna**:

* Farmaco ………………………………………………………………………………………………………
* Altro …………………………………………………………………………………………………….………

Rovigo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEI GENITORI

……….………………………………………… ………………………………………………………

Visto: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Marco Campini