

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO
MODULO DI CONFERMA/RETTIFICA /RINUNCIA

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE

I sottoscritti _____
genitori di _____ nato/a a
_____ il _____ frequentante la classe
_____ sez. _____ indirizzo _____ nell'anno scolastico 20___ /20___
dell'Istituto "V. Capirola" sede di _____

- **CONFERMANO** tutte le indicazioni contenute nei moduli di richiesta somministrazione farmaci (allegati 1 e 2) inviati nel precedente anno scolastico 20___/20___. Qualora necessario, si impegnano a consegnare il farmaco alla scuola all'inizio dell'anno scolastico.

- **RETTIFICANO** le informazioni contenute nei moduli di richiesta somministrazione farmaci consegnati nel precedente anno scolastico 20___ /20___ e si impegnano ad inviare i moduli aggiornati.

- **NON ATTIVANO** il protocollo farmaci nel corrente anno scolastico.

Luogo e Data, _____

Firma

In caso di un genitore impossibilitato a firmare:

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle norme di legge relative alla responsabilità genitoriale (Codice Civile, art. 316 comma 1, art. 337-ter comma 3 e art. 337-quater comma 3) e, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, dichiara altresì di presentare questa richiesta/autorizzazione all'Istituzione Scolastica nel rispetto delle norme sopra indicate e con il consenso dell'altro genitore.
