***Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca***

***Istituto Comprensivo Statale “Salvo d’Acquisto”***

Via G. Giordani, 40 - 40041 GAGGIO MONTANO (BO)

Tel. 0534/37213 – Fax 0534/3717

C.F. 92050240370 e-mail: boic811005@istruzione.it

Posta certificata: BOIC811005@PEC.ISTRUZIONE.IT

Sito web: www.icgaggio.gov.it

Codice Univoco fatturazione elettronica UF9TRH

Ai genitori degli alunni.

**OGGETTO: protocollo somministrazione farmaci rinnovo documentazione.**

Si comunica che i genitori degli alunni inseriti nei protocolli di somministrazione dei

farmaci, dovranno fare pervenire in Segreteria la seguente documentazione aggiornata:

* **Richiesta per la somministrazione dei farmaci a scuola** (allagata alla presente);
* **Autorizzazione per la somministrazione dei farmaci a scuola**, rilasciata dalPediatra di Comunità.

I farmaci andranno restituiti alle famiglie al termine dell’anno scolastico con preghiera di riconsegnarli a settembre assieme alla modulistica aggiornata.

 Il Dirigente Scolastico

**Richiesta alla Scuola**

**per la somministrazione di farmaci / specifiche attività a supporto di alcune funzioni v itali**

**in orario ed ambito scolastico (in caso di alunno/a minorenne)**

Al Dirigente Scolastico dell’Istituto

Comprensivo di GAGGIO MONTANO

Io sottoscritto/a (Cognome Nome) ..…………………………………… . …

in qualità di genitore/tutore dello/a studente (Cog nome e Nome) .……………….

…………………………………………………………………………………………

Nato/a a …………………..………………………………………………………… 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 ne funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni,

CHIEDO

(barrare la scelta)

□ che sia consentito l’accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

nei seguenti giorni ed orari:

…………………………………………………………………………………………………………………

oppure:

□ che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcun e funzioni vitali in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata.

A tal fine consegno n……………………… di confezioni integr e del farmaco stesso.

In fede

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

……………………………………………………………

Data ……………………………