

	ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. B. SABIN" Via Residenza Archi – 20054 Segrate MI Tel. 02 2641 1001 – Fax 02 2641 1336 Email: miic8bk00l@istruzione.it – miic8bk00l@pec.istruzione.it www.icsabin.edu.it C.F. 97270350156 – Cod. Mecc. MIIC8BK00L – CUF UFMVKN	
---	---	---

Al Dirigente Scolastico dell'IC Sabin

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI DURANTE I VIAGGI DI ISTRUZIONE

(IMPORTANTE: per evitare interpretazioni errate scrivere in maniera leggibile)

Io sottoscritto/a

☐ Genitore

☐ Esercente la potestà genitoriale

Del alunno/a

Nato/a il

residente a in via/piazza

che frequenta la classe sez.....del plesso

consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale che:

☐ a mio figlio/a siano somministrati, all'occorrenza, per l'intera durata del viaggio d'istruzione, dai docenti accompagnatori, i seguenti **farmaci da banco** (indicare farmaco e dosaggio)

.....

☐ mio figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto somministrazione del farmaco, sia assistito per l'intera durata del viaggio di istruzione dai docenti accompagnatori durante l'auto somministrazione dei seguenti **farmaci da banco** che eventualmente si potrebbero rendere necessari (indicare farmaco e dosaggio)

.....

.....

Esprimo il consenso affinché i docenti accompagnatori somministrino i farmaci eventualmente resisi necessari e sollevo il medesimo personale da qualsiasi responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco. Sarà mia cura provvedere alla fornitura dei farmaci consapevole che, in caso di farmaco scaduto, questo non potrà essere somministrato.

	ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “A. B. SABIN” Via Residenza Archi – 20054 Segrate MI Tel. 02 2641 1001 – Fax 02 2641 1336 Email: miic8bk00l@istruzione.it – miic8bk00l@pec.istruzione.it www.icsabin.edu.it C.F. 97270350156 – Cod. Mecc. MIIC8BK00L – CUF UFMVKN	
---	--	---

DICHIARO

- ☐ che mio figlio/a **non** è allergico/a a nessun farmaco, sostanza o alimento
- ☐ che mio figlio/a è allergico/a ai seguenti farmaci, sostanze o alimenti:

.....

.....

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. N°196/03

Io sottoscritto/a

consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal DPR n°445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 117 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

....., lì

FIRMA GENITORE 1 FIRMA GENITORE 2

FIRMA ESERCENTE POTESTÀ GENITORIALE