



## ZERO TRE SEI...ESTATE

Servizi estivi 2017

### MODULO DI RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI o per specifiche attività di supporto ad alcune funzioni vitali in orario ed ambito scolastico

Al Responsabile dell'Area Territoriale

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di genitore/tutore  
di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ iscritto/a: Scuola Infanzia Estiva \_\_\_\_\_

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né 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 e orari \_\_\_\_\_

la somministrazione dei farmaci/l'effettuazione di specifica attività di supporto di alcune  
funzioni vitali da parte del personale operante nella scuola frequentata da mio figlio/a come  
autorizzazione medica allegata.

A tal fine consegno n. \_\_\_\_\_ confezioni integre del farmaco.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE  
o di chi esercita la responsabilità genitoriale

---

VISTO DEL RESPONSABILE AREA TERRITORIALE

---