

Modulo 4

OGGETTO: Richiesta autorizzazione ingresso personale esterno per somministrazione farmaci salvavita / indispensabili

I sottoscritti
genitori /tutori di
nato/a..... il..... residente a
via..... n.....
frequentante la classe della Scuola,essendo il minore
affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare orario
scolastico **chiedono che** sia consentito **l'ingresso nell'istituto** scolastico delle seguenti **persone**
ai fini della somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico
redatto dal dott./dott.ssa _____ ed allegato alla presente;

Persone che possono entrare per la somministrazione.

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci.

Si allega:

- Certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico (**modulo 1**)
- Consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile (**modulo 3**)

Luogo e data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma del genitore _____

Numeri di telefono utili:

Genitori.....cell.....fisso.....

Pediatra.....cell.....fisso.....

Medico di Medicina Generale.....cell.....fisso.....