

Al Dirigente Scolastico
I.C. SIANO - BRACIGLIANO

Il/La sottoscritt _____ genitore dell'alunn _____
frequentante la classe/sez. _____ della scuola _____
in riferimento alla richiesta di somministrazione dei farmaci in orario scolastico al _____ figlio/a _____
presentata nell'a.s. _____

DICHIARA

che

- ☐ permangono le stesse condizioni in merito a: patologia, dose e modalità di somministrazione
- ☐ riportati nella certificazione in Vs. possesso
- ☐ non permangono le stesse condizioni e pertanto si chiede l'aggiornamento del piano terapeutico
- ☐ Altro

Allega Prescrizione/certificazione redatta dal/dalla Dott. _____

- * **DICHIARANO** di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulle responsabilità genitoriali di cui gli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.
- ****DICHIARA** genitore affidatario è consapevole delle conseguenze amministrative e penali se rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000;

Lì, _____

FIRMA di ENTRAMBI I GENITORI/TUTORE*

FIRMA GENITORE**

Si allega certificazione sanitaria