



ISTITUTO COMPRENSIVO VILLORBA E POVEGLIANO

Via Solferino,14 - 31020 Fontane di Villorba (TV) - Tel. 0422 910803 – 0422 919633

C. F. 80021160264 - Codice Ministeriale TVIC876001

e-mail: tvic876001@istruzione.it - tvic876001@pec.istruzione.it



RICHIESTA DI RINNOVO SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno
e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti: _____

genitori di _____ nato a _____ il

_____ residente a _____ in via _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

chiedono per l'anno scolastico _____ la somministrazione in ambito e in orario

scolastico dei farmaci al proprio figlio/a in conformità alla procedura indicata nella richiesta e

allegata prescrizione medica presentate a questo ufficio in data

_____.

Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Nel caso di impossibilità ad acquisire la sottoscrizione di entrambi i genitori, il genitore firmatario completa e sottoscrive anche la dichiarazione qui sotto riportata.

Il sottoscritto, _____, padre/madre dell'alunno/a _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 245/2000, dichiara di aver sottoscritto il presente documento 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, _____ data _____ Firma _____