Il/la sottoscritto/a _____

genitore/facente funzione dell'alunno/a _____

chiede

che in caso di sospetto/a possano essere somministrati al proprio figlio in orario scolastico farmaci secondo modalità e posologia indicate nella certificazione allegata.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze in caso di falsa dichiarazione di cui all'art. 76 del citato DPR

dichiara:

1. di essere a conoscenza che il proprio figlio è affetto da patologia tale da richiedere l'assunzione di farmaci salvavita, come attestato dalla certificazione di cui sopra;

2a. che il /la proprio/a figlio/a è in grado di auto-somministrarsi correttamente il farmaco, essendo stato a ciò debitamente e reiteratamente istruito

2b. che il /la proprio/a figlio/a necessita di assistenza nella somministrazione del farmaco
(barrare alternativamente 2a o 2b)

3. di essere sempre reperibile presso i seguenti recapiti telefonici: _____

4. di sollevare la scuola da ogni responsabilità in ordine alla esecuzione delle procedure specificate in allegato.

Allega alla presente, quale sua parte integrante, la certificazione medica summenzionata.

La Spezia, _____

FIRMA