

	Amministrazione destinataria Comune di Desio Ufficio destinatario Servizi Prima Infanzia	
---	---	--

Domanda di somministrazione farmaci in ambito scolastico

Il sottoscritto genitore, affidatario o tutore					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo		CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata
del bambino/a					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Scuola		Classe		Sezione	

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato i farmaci, coerentemente alla certificazione medica allegata a tal fine:

SI IMPEGNA

a consegnare il farmaco alla scuola, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico

AUTORIZZA

<input type="checkbox"/>	il personale educativo e di supporto della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del farmaco, come indicato, sollevando, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti
<input type="checkbox"/>	il minore stesso alla somministrazione del farmaco come indicato nel certificato medico allegato

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input checked="" type="checkbox"/>	domanda di somministrazione farmaci in ambito scolastico
<input checked="" type="checkbox"/>	copia della carta d'identità del medico
<input type="checkbox"/>	documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Desio		
Luogo	Data	Il dichiarante