



Ministero della Pubblica Istruzione
 Istituto Comprensivo di Zelo Buon Persico
 Via F.lli Cervi 1 – 26839 Zelo Buon Persico
 Tel: 02 90659917 Fax: 02 91767620
 Sito: www.iczelobp.it



e-mail: LOIC805006@istruzione.it, LOIC805006@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO IN ORARIO SCOLASTICO
RINNOVO PERIODICO

I sottoscritti genitori/tutori:

a) _____

b) _____

dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ del plesso di _____

preso atto delle Linee Guida del 25.11.2006 sottoscritte dai Ministri della Salute e dell'Istruzione, Università e Ricerca in tema di somministrazione dei farmaci in orario scolastico e del Protocollo d'Intesa n. 0019593 del 13.09.2017 tra la regione Lombardia e l'USR Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola;

DICHIARANO

CHE PERMANGONO INALTERATE:

- la Certificazione dello stato di malattia e il relativo Piano Terapeutico;

già agli atti di codesta Amministrazione e presentati alla stessa con Richiesta

prot. n° _____ del _____

DI NON ESSERE nella condizione di poter somministrare direttamente il farmaco al/la proprio/a figlio/a in quanto:

e pertanto

RICHIEDONO PER IL CORRENTE A.S.

la somministrazione improrogabile del/i medesimo/i farmaco/i,:

- o già depositati presso il plesso di frequenza (è stata controllata l'integrità e la data di scadenza);
- o non ancora depositati presso il plesso di frequenza del/la proprio/a figlio/a;

Recapiti telefonici per le emergenze:

a) _____ *rapporto di parentela* _____ *telefono*

b) _____ *rapporto di parentela* _____ *telefono*

Data _____

Firma di entrambi i genitori/tutori:
