

MODULO 10

## RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

Il/la sottoscritto/a (Cognome e nome Genitore/tutore 1) \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a (Cognome e nome Genitore/tutore 2) \_\_\_\_\_

genitori/tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

### DICHIARANO

che lo studente \_\_\_\_\_ necessita della somministrazione di farmaci salvavita in orario scolastico.

Si invitano le famiglie a inviare, **prima dell'inizio delle lezioni**, una mail all'indirizzo

[segreteria.dirigente@einsteinvimercate.edu.it](mailto:segreteria.dirigente@einsteinvimercate.edu.it) allegando la documentazione medica attestante la patologia e la prescrizione del farmaco salvavita.

Data, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma genitore/tutore 1

\_\_\_\_\_  
Firma genitore/tutore 2

*Qualora il modulo in oggetto sia firmato da un solo genitore, si intende che la scelta del singolo genitore/tutore sia stata condivisa. In caso di unico firmatario, nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, il sottoscritto, genitore unico firmatario, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la compilazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt 316,337,337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*