

**Amministrazione destinataria**

Comune di Leonessa

**Ufficio destinatario**Ufficio demografico e di supporto e  
servizi sociali, sport, turismo**Domanda di somministrazione farmaci in ambito scolastico****anno scolastico** /**Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario**

|                 |           |        |                  |        |                |         |       |       |                          |     |
|-----------------|-----------|--------|------------------|--------|----------------|---------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome         |           | Nome   |                  |        | Codice Fiscale |         |       |       |                          |     |
| Data di nascita |           | Sesso  | Luogo di nascita |        | Cittadinanza   |         |       |       |                          |     |
| Residenza       | Provincia | Comune | Indirizzo        | Civico | Barrato        | Interno | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
|                 |           |        |                  |        |                |         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |

**del bambino**

|                 |           |        |                  |        |                |         |       |       |                          |     |
|-----------------|-----------|--------|------------------|--------|----------------|---------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome         |           | Nome   |                  |        | Codice Fiscale |         |       |       |                          |     |
| Data di nascita |           | Sesso  | Luogo di nascita |        | Cittadinanza   |         |       |       |                          |     |
| Residenza       | Provincia | Comune | Indirizzo        | Civico | Barrato        | Interno | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
|                 |           |        |                  |        |                |         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |

**iscritto alla scuola**

|        |        |         |
|--------|--------|---------|
| Scuola | Classe | Sezione |
|        |        |         |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

che sia somministrato al minore sopra indicato i farmaci, coerentemente alla certificazione medica allegata e 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

- 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
- 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 (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

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

- certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico
- documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### 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)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Leonessa

Luogo

Data

il dichiarante