

	Amministrazione destinataria Comune di Castel San Giovanni Ufficio destinatario Ufficio protocollo	
---	---	--

Domanda di somministrazione farmaci salvavita anno educativo /

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
<input type="checkbox"/>											
del bambino											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
frequentante l'asilo nido Biribimbo											
Sezione											

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 al nido, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora il nido non ne disponga per l'intero arco dell'orario di frequenza.

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

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.
- di essere a conoscenza che l'autorizzazione formale verrà rilasciata da AUSL UO cure primarie – pediatria di comunità – distretto di ponente

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati**

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

<input checked="" type="checkbox"/>	certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico
<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.
--------------------------	--

Castel San Giovanni		
Luogo	Data	Il dichiarante