

**Richiesta**  
**per la somministrazione di farmaci /**  
**specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali**  
**in orario ed ambito extrascolastico**  
**(in caso di alunno/a minorenne)**  
**A.S. 2020/2021**

All'Associazione  
"Senza il Banco"  
via Abba n. 3/2  
Bologna

*\*da compilare solo se necessario*

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....

in qualità di ..... (genitore/tutore/esercente la potestà genitoriale)

dell'alunno/a (Cognome e Nome) .....

nato/a.....il.....

residente a .....in via .....

frequentante la classe ..... sezione .....

Scuola:  Infanzia di .....  Primaria di .....

consapevole che il personale educatore non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni

**CHIEDO**

*(barrare una delle due opzioni)*

Che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario extra scolastico come da certificazione medica allegata.

A tal fine consegno n..... di confezioni integre del farmaco stesso.

Oppure:

Che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali, come da certificazione medica allegata, nei seguenti giorni ed orari:

.....  
.....  
.....  
.....

**Allego certificazione rilasciata dal Pediatra di base/Medico curante**

In fede,

*Firma del genitore / tutore / chi esercita la responsabilità genitoriale*

.....

*Data* .....