



CITTÀ DI FIUMICINO

(Città Metropolitana di Roma Capitale)
AREA SERVIZI AL CITTADINO E POLITICHE SCOLASTICHE

Al Dirigente del Settore Politiche Scolastiche

**Al Funzionario Direttivo Pedagogista
Dr.ssa Cristina Ferrera**

Oggetto: richiesta somministrazione farmaci

Io sottoscritto/a.....in qualità di genitore del/la
minore nato/a a.....
il..... frequentante la scuola dell'infanzia/asilo
nido..... chiedo che a mio figlio/a
venga somministrato il farmaco
..... durante l'orario scolastico, con la modalità e i tempi specificati
nell'allegato certificato medico.

Si allega modulo di liberatoria.

Recapiti telefonici: Cell.....

Fisso.....

Firma dei genitori*

.....

Fiumicino.....

***Richiesta la doppia firma**



CITTÀ DI
FIUMICINO

(Città Metropolitana di Roma Capitale)

AREA SERVIZI AL CITTADINO E POLITICHE SCOLASTICHE

Modulo Allegato per la richiesta di somministrazione farmaci
“ Dichiarazione di responsabilità e liberatoria “

Il/la sottoscritto/a....., genitore del bambino/a
....., frequentante l'asilo nido/scuola dell'infanzia del
Comune di Fiumicino....., dichiara di rendersi completamente
responsabile riguardo alla somministrazione dei farmaci prescritti dai medici competenti da parte
delle educatrici/ insegnanti comunali, sollevandole pertanto da ogni responsabilità.

In fede

Firma dei genitori*

.....

Fiumicino.....

***Richiesta la doppia firma**