

Al Dirigente
Scolastico dell' I.S.
Cesaro-Vesuvius di Torre
Annunziata (NA)

Oggetto: Dichiarazione di esonero di responsabilità per uso personale di farmaci

La/Il sottoscritto/a _____ genitore/tutore legale
dell'alunna/o _____ della classe _____ dichiara che
l'alunna/o assume autonomamente i seguenti farmaci:

per le seguenti patologie e con la dovuta posologia:

La/Il sottoscritto, comunica dunque, che l'alunna/o è autorizzata/o a comportarsi come sopra descritto e **solleva la scuola da qualsivoglia responsabilità, dal momento che ai docenti non è consentita la somministrazione di alcun farmaco.**

Si allega la fotocopia sottoscritta del documento di identità

Torre Annunziata, _____

FIRMA

Si Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003

Torre Annunziata,

Firma dei genitori

.....
.....

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.