



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "TITO LUCREZIO CARO - C. D. 85° BERLINGIERI"

Sede degli Uffici di Presidenza e Segreteria: Viale delle Galassie n. 10, C.A.P. 80144 NAPOLI
CODICE MECCANOGRAFICO: NAIC8EP00R, C. F. 95186940631
AMBITO TERRITORIALE CAMPANIA NA-13

Recapito E-mail: NAIC8EP00R@istruzione.it; Recapito PEC: NAIC8EP00R@pec.istruzione.it
Indirizzo Sito Web: <http://www.iccaroberlingieri.gov.it>; Tel. - Fax 0817382920

Il sottoscritto

nato ain data

La sottoscritta

nata ain data

Genitore-i/Tutore-i/Affidatario-i dell'alunno/a.....

nato/a a.....in data.....

frequentante nel corrente a. s. 2018/2019 la classe 3[^] sezione.....della scuola secondaria di primo grado presso Questo Istituto Comprensivo Statale,

con riferimento alla partecipazione del/della proprio/a figlio/a - del/della minore in oggetto al Viaggio di Istruzione in Toscana programmato per il corrente anno scolastico 2018/2019 relativamente alle classi terze della scuola secondaria di primo grado, consegna/consegnano la certificazione medico-sanitaria attestante il sussistere di allergie/intolleranze/problemi di salute/esigenze di assunzione (regolare o all'occorrenza) di farmaci.

(Cancellare la-e dicitura-e che non corrisponde/che non corrispondono al caso specifico)

(N. B. In merito al-ai farmaco-i la certificazione medico-sanitaria dovrà recare dati relativi alla tipologia, al dosaggio, a tempi e soluzioni di somministrazione e alla modalità di conservazione, in conformità con le Linee Guida emanate nel 2005 di concerto tra Ministero dell'Istruzione e Ministero della Salute)

In relazione alla necessità di assunzione di farmaci se ne richiede la somministrazione da parte degli Operatori Scolastici, impegnandosi alla consegna del-dei farmaco-i prima della partenza. A tale proposito si dichiara di essere a conoscenza, accettando tale condizione senza riserva alcuna, del fatto che l'Ufficio di Presidenza intende riscontrare la disponibilità alla somministrazione da parte di un insegnante individuato nell'ambito della gamma dei Docenti Accompagnatori.

oppure

In relazione alla necessità di assunzione di farmaci se ne avalla l'autosomministrazione, come da certificazione medico-sanitaria allegata.

(Cancellare la-le dicitura-e che non corrisponde/che non corrispondono al caso specifico)

Firma/e del/dei Genitore-i/Tutore-i/Affidatario-i

.....

Nominativo e Firma del Docente Accompagnatore (per dichiarazione di disponibilità alla somministrazione)

Prof./Prof.ssa (Nominativo) Firma