

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000)**

Allegato 1B

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto
.....

I sottoscritti

(cognome e nome)
 Genitore rappresentante legale tutore curatore amministratore di sostegno

e

(cognome e nome)
 Genitore rappresentante legale tutore curatore amministratore di sostegno

Dell'alunno/a

Iscritto/a per l'anno scolastico ____/____ alla classe _____ del plesso di _____

consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000

COMUNICANO

la necessità, per il/la proprio/a figlio/a, dell'auto somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e la relativa prescrizione (allegato 2B) rilasciata dal medico curante.

DICHIARANO

- che il/la proprio/a figlio/a, per età, esperienza, pratica e/o addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute ed è in grado provvedere all'auto somministrazione del farmaco;
- di comunicare tempestivamente per iscritto al Dirigente Scolastico eventuali variazioni o scadenze della terapia.

ALLEGANO

alla presente la certificazione dello stato di malattia e la relativa prescrizione (allegato 2B) rilasciata dal medico curante.

Data:

* Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

* Nel caso risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, colui il quale appone la propria firma in qualità di esercente la responsabilità genitoriale, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, 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.

Ai sensi dell'articolo 38, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

nome Tel.....

nome..... Tel.....