



# Comune di Padova

Settore Servizi Scolastici  
Via Raggio di Sole, 2 Padova

## **RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI D'URGENZA**

**Anno Scolastico** \_\_\_\_\_

**N.B.: La domanda va presentata ogni anno scolastico**

Il/la sottoscritto/a .....  
(cognome e nome genitore)

genitore di ..... nato il .....  
(cognome e nome bambino/a)

indirizzo e – mail .....

frequentante l'asilo Nido Comunale.....

### **CHIEDE**

che vengano somministrati al proprio figlio/a i seguenti **FARMACI D'URGENZA:**

.....  
.....

secondo le indicazioni contenute nel certificato medico allegato.

**SI ALLEGA:**

- **certificato medico;**
- **copia del documento d' identità in corso di validità;**
- **dichiarazione sostitutiva di atto notorio in cui si dichiara che il certificato medico allegato è conforme all'originale in proprio possesso.**

Il/la sottoscritto/a libera l'Amministrazione Comunale da ogni responsabilità al riguardo.

Padova, lì .....

Firma del genitore

.....

*Da presentare all'Ufficio Amministrativo Asili Nido*

- **presso il SETTORE SERVIZI SCOLASTICI - Via Raggio di Sole, 2**

*orario di apertura al pubblico:*

LUN. MER. GIO. VEN. *dalle 08:30 alle 12:30*

MAR. *dalle 15:00 alle 17:00*

GIO. *dalle 15:00 alle 16:30*

MARTEDI' MATTINA *CHIUSO*

**via MAIL** all'indirizzo **ufficionidi@comune.padova.it**

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di

formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000,

### DICHIARA

che l'allegata copia del certificato medico rilasciato in data \_\_\_\_\_

dal dott. \_\_\_\_\_

- è conforme all'originale in mio possesso;

- è conforme all'originale depositato presso: \_\_\_\_\_

Li, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_