

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

(a cura dei genitori, da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

genitori di \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_ sita \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_ e

constatata l'assoluta necessità, con la presente

**CHIEDONO**

che nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia, venga somministrato il farmaco salvavita \_\_\_\_\_.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/3 i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_ (padre)

\_\_\_\_\_ (madre)

Numero di telefono utili: \_\_\_\_\_

PEDIATRA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(a cura del Pediatra; dopo la compilazione consegnare al Dirigente Scolastico)

Il minore

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_

Affetto dalla seguente patologia: \_\_\_\_\_

Nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza: \_\_\_\_\_

Necessita della somministrazione del seguente farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

Eventuali note: \_\_\_\_\_

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico

.....

\_\_\_\_\_