

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**  
(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ sita a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
con la seguente modalità di somministrazione

**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 idonei a rilevare lo  
stato di salute delle persone).

Allegano alla presente apposita certificazione attestante la terapia farmacologica necessaria.

**Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà**

\_\_\_\_\_

**Numeri di telefono utili:**

Genitori \_\_\_\_\_ cell/abitazione \_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/medico curante \_\_\_\_\_ cell/studio \_\_\_\_\_

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

Palermo, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_