

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 ____ / ____ / ____