

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

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

I ..... sottoscritti.....genitori  
di ..... nato a .....  
il ..... residente a ..... in  
via .....n. ....frequentante la classe ..... della  
Scuola.....sita a .....

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.....

***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

.....

### **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.....

FIRME GENITORI