

Al Dirigente Scolastico

D. D. I Circolo Villabate

**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.

Luogo ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante.....

Genitori ..... ..

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

**INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

Il minore

Cognome .....Nome .....

Nato il..... a..... Residente a .....

In via/piazza ..... N. ....

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 del Pediatra /MMG**

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

Il/la sottoscritto/a.....genitore.....  
dell'alunno.....frequentante la classe.....  
della scuola ..... consegno agli operatori scolastici il farmaco salvavita  
.....da somministrare al/alla bambino/a in caso di.....  
.....nella dose.....e da certificazione medica  
consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data ..... dal  
dott.....

Il genitore:

***provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento***

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Luogo e Data ..... il .....

Il genitore

.....