

**Al Dirigente Scolastico
dell'IC N.Botta di Cefalù**

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via.....
Secondaria plesso scolastico.
.....essendo il minore affetto dalla seguente
patologia e constatata
l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

- ☐ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal certificato medico rilasciato in data dal Dottore...
(oppure)
- ☐ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento
_____ che il medico stesso ha indicato nel certificato medico rilasciato in data ...;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal certificato medico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al certificato medico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

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 112

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante le indicazioni per la somministrazione del farmaco.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Genitori cell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)
cell/studio.....

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

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

**Al Dirigente Scolastico
dell'IC N.Botta di Cefalù**

OGGETTO: indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) *(a cura del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale)*

Il minore

Cognome Nome

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

In via/piazza N. Città.....

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 di Libera Scelta /MMG