

Al Referente del Plesso

OGGETTO: Richiesta autorizzazione per la somministrazione dei farmaci salva-vita a.s.

I sottoscritti..... genitori/tutore legale
dell'alunno/a..... iscritto/a alla classe presso il plesso
.....

DICHIARANO

che il proprio figlio/a
è affetto da

CHIEDONO

che in caso d'urgenza dovuta a
e che si manifesta con la seguente sintomatologia
.....
(descrivere brevemente la situazione d'urgenza)

Venga somministrato allo/a stesso/a il farmaco:.....
Come prescritto dal certificato del medico allegato alla presente.

AUTORIZZANO

- ☐ Il personale in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra
- ☐ Comunicano che il proprio/a figlio/a è in grado di somministrarsi il/i farmaco/i **autonomamente**

ESONERANO

Il personale coinvolto da ogni responsabilità per eventuali danni derivati dalla somministrazione stessa.

SI IMPEGNANO

a dare comunicazione scritta se si renderanno necessarie delle modifiche nella prescrizione.

Allegano a tal fine il certificato medico che:

- ☐ attesta le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarate nella presente;
- ☐ prescrizione del farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco rilasciato da un medico;
- ☐ dichiarano che il farmaco può essere somministrato anche da personale privo di cognizione specialistiche di tipo sanitario.

Data

Firma dei genitori _____
