

Allegato A

Al Dirigente Scolastico
della Scuola _____

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

I sottoscritti
genitori di nato a..... il
residente a in via.....
n. frequentante la classe sezione.....
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 in ambito e orario scolastico il farmaco salvavita
.....come da **allegata autorizzazione
medica** rilasciata in data ____/____/____ dal dott.

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. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/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.....

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).

"I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiarano di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

padre _____ **madre** _____ **tutore** _____