

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

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

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

Vian.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
ideali 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:

Genitoricell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta/medico curantecell/studio.....

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

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

.....

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

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il minore

CognomeNome

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