Al Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ daldott. ..............................................

***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 (Allegato A).

Numeri di telefono utili:

Genitori cell/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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Allegano documento di identità