

**OGGETTO:** Richiesta autorizzazione per somministrazione di farmaci salvavita.

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ iscritto/a al \_\_\_\_\_

**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 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

**ESONERANO**

il personale coinvolto da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti 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 come dichiarate nella presente;
- prescrive il farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;
- dichiara (come) che il farmaco può essere somministrato anche da personale privo di cognizioni specialistiche di tipo sanitario.

**Consegnano:**

- Il farmaco per trattamento d'urgenza;
- Altro: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori  
\_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Dichiarazione medica.

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ medico curante  
del minore \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
iscritto presso la scuola \_\_\_\_\_

**DICHIARA** che il minore è affetto da \_\_\_\_\_

e pertanto in caso di "urgenza" e precisamente (descrivere brevemente i  
sintomi di una "crisi"):

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

è necessario che venga somministrato il farmaco salvavita \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nella seguente posologia \_\_\_\_\_

con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e che la **somministrazione dei farmaci non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario o l'esercizio da parte dell'adulto di una discrezionalità di natura tecnica.**

PRECISA le modalità di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

gli eventuali effetti collaterali \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

l'eventuale necessità di chiamata del 118 \_\_\_\_\_

**DICHIARA** inoltre che la somministrazione di tale farmaco salvavita non comporta particolari inconvenienti dal punto di vista clinico e pertanto il personale scolastico e sociosanitario, presente al momento dell'urgenza, ha l'obbligo di somministrare il farmaco e che eventuali modifiche nella prescrizione, che dovessero rendersi necessarie in corso d'anno, verranno dichiarate per iscritto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_