

Prot. n..... del

(Modello A)

Al Dirigente Scolastico dell'I.C.
"G.F. Ingrassia" di Regalbuto
(EN)

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA (Da compilare a cura
dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D. S.)

I sottoscritti genitori di
..... nato a il residente a in via
..... frequentante la classe sez. della Scuola
..... sita a in via
essendo il minore affetto da e constata l'assoluta necessità, chiedono che
nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia, venga somministrato
il/i farmaco/i salvavita, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal/la
dott./ssa

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 112, ma
dietro indicazione di quest'ultimo.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del
Regolamento UE n. 679/2016 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle
persone).

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori

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