

**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:

1. attesta le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente;
2. prescrive il farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;
3. dichiara 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 inconvenienti dal punto di vista clinico. Pertanto il personale scolastico e sociosanitario, resosi volontariamente disponibile può, se adeguatamente formato, somministrare il farmaco. Eventuali modifiche nella prescrizione, che dovessero rendersi necessarie in corso d'anno, verranno dichiarate per iscritto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_