

MODULO PER RICHIESTA PER AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

I sottoscritti..... e
genitori dell'alunno/a..... iscritto/a al

DICHIARANO

che il proprio figlio/a.....
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 nel plesso di frequenza del figlio;
- Altro:

Data _____

Firma dei genitori _____