

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita in caso di uscita didattica, visita guidata e/o viaggio d'istruzione

I sottoscritti
genitori dinato a il
residente a in via.....
n.frequentante la classe della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/S.S.S.I.G. plesso
scolastico.essendo il minore affetto dalla seguente
patologiae constatata l'assoluta necessità, con
la presente

chiedono che

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in caso di uscita didattica, visita guidata e/o
viaggio d'istruzione, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal
Piano terapeutico;

(oppure)

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati, in caso di uscita didattica, visita guidata e/o
viaggio d'istruzione, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza
come previsto dal **Piano terapeutico**.

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e,
resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo
personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco,
purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

**I sottoscritti avranno cura di accordarsi con i docenti accompagnatori circa le modalità di
fornitura dei farmaci.**

*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*

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)

cell/studio.....

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

riferimento.....tel.....