

Modello 1

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
n.frequentante la classe della Scuola dell'Infanzia / Primaria / S.S.I°G. plesso
scolastico.....essendo il minore affetto dalla seguente
patologia e constatata l'assoluta necessità,
conla 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)

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 e
dalla eventuale somministrazione del farmaco salvavita.***

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Genitori.....cell/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.....