**PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA**

**Allegato alla circ. n. 55 del 07.10.2020**

**All. A**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

*(a cura dei genitori; da consegnare al Dirigente Scolastico)*

I sottoscritti ................................................................... genitori di ................................................................. nato a ......................................... il ................................ residente a ................................................. in via ................................................................................n. …....… frequentante la classe .......... della Scuola ..................................................................…………sita a ………………………………….

Via .................................................................................… n. …………, essendo il minore affetto da ….....................................................……………………………………………… e constatata l'assoluta necessità, con la presente

**chiedono che**

nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia, venga somministrato il farmaco salvavita…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

***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 118.***

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.

Luogo .........................................., il .................................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

..................................................................................

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante.................................................................................

**Genitori .......................................................... ..................................................**